

POR FAVOR LLENE EL FORMULARIO PARA SOLICITAR UNO DE NUESTROS PROGRAMAS DE AYUDA  
LA DOCUMENTACION DE INGRESOS FAMILIARES SERA REQUERIDA PARA CALIFICAR

Nombre de todos los miembros de familia	Relacion con el paciente	Fecha de Nacimiento	Edad	Ingreso Familiar (Anual/Mes/Quincenal/Semanal)
<b>Nombre legal del paciente:</b>	<b>Yo mismo</b>			
<b>Nombre:</b>				
<b>Nombre:</b>				
<b>Nombre:</b>				
<b>Nombre:</b>				
<b>Nombre:</b>				
<b># Total de familiares que viven en su casa:</b>	<b>A. Total de ingresos familiares:</b>			<b>\$</b>

Otras fuentes de ingreso	Sí	No	Prueba(s)	Monto de pago (Semanal/Quincenal/AI Mes/AI Año)	Total
Pensión Alimenticia					
Manutención de Menores (Child Support)					
Ingresos Suplementario Supplemental Security Income (SSI)					
AFDC (Voucher de ayuda familiar con hijos)					
Beneficios por Incapacidad					
Pension Mensual					
Pago de Jubilacion					
Ayuda del Gobierno (SNAP, Estampillas etc.)					
Pago de Desempleo					
Otro trabajo de medio tiempo					
Otro ingreso					
<b>B. Total de Otras fuentes de ingreso</b>					<b>\$</b>
<b>Total de ingreso familiar y de todas las fuentes (A+B)</b>					<b>\$</b>
<b>Ingreso de Impuestos</b>					<b>\$</b>

Por la presente certifico que yo entiendo que toda la información de ingresos, y vivienda que se ha proporcionado en este formulario reflejan mi situación actual, al tiempo de llenar esta solicitud. Y que no hay más ingresos que los que están escritos aquí. Prometo notificar a Little River Medical Center, Inc. Si hay algún cambio inmediato en mis ingresos, dirección, o número(s) de teléfono se los dejare saber.

También notificaré a la oficina principal de Little River Medical Center, Inc. Si obtengo algún cambio en mis beneficios de Seguro de Medicaid, Medicare, o Seguro Privado.

Yo estoy de acuerdo en que la información de elegibilidad sera divulgada con los fabricantes farmacéuticos, con el propósito de la auditoría del Programa de Asistencia al Paciente Institucional (IPAP.), si es que usted recibe los productos farmacéuticos elegibles a través de una de las farmacias de Little River Medical Center, Inc.

LOS PAGOS POR CUENTA PROPIA, EL PORCENTAJE O EL CO-PAGO DEBE DER PAGADO EN SU TOTALIDAD AL MOMENTO DE SERVICIO

Firma del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Solo para uso de oficina: _____ EIS – Servicios de Intervencion Temprana	_____ TFP – Planificación familiar para adolescentes
# De Familia: _____	Fuente de ingresos anual de la familia: \$ _____
Aprobado para el SF: _____	Vigente Desde: _____ Fecha de Caducida _____
Testigo (Empleado de LRMC): _____	Fecha: _____ # De Cuenta Pacientil: _____