

**POR FAVOR LLENE PARA SOLICITAR UNO DE NUESTROS PROGRAMAS
SE REQUERIRÁ DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES PARA CALIFICAR**

Nombres legales de los miembros de ingresos familiares	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Edad	Ingresos financieros del trabajo (Año/Mensual/Quincenal/semanal)
Nombre legal del paciente:	Propio			
Otro:				
Otro:				
Otro:				
Otro:				
Otro:				
Número total en familia:	A. Ingresos financieros totales:			\$

Fuentes de ingresos no devengados	Sí	No	Prueba	Importe (Semanal/Quincenal/Mensual/Año)	Total
Pensión de divorcio					
Manutención de los hijos					
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)					
AFDC (Ayuda A2 y familia con hijos a cargo)					
Beneficios por discapacidad					
Pensión					
Jubilación					
Asistencia (SNAP, Cupones de alimentos etc.)					
Desempleo					
Segundo trabajo a tiempo parcial					
Otros ingresos					
B. Total de otros ingresos					\$
Total de todos los ingresos (A+B)					\$
Ingresos del formulario de impuestos					\$

Por el presente yo certifico que la información acerca de mis ingresos es correcta, y que no tengo ningún otro ingreso. Asumo responsabilidad de notificar a Little River Medical Center Inc. Inmediatamente de cualquier cambio en mis ingresos, dirección, o número de teléfono, por carta o personalmente.

También notificaré a la oficina principal de Little River Medical Center, Inc. si obtengo o tengo cambios en mi seguro de Medicaid, Medicare o seguro privado.

Divulgo mi elegibilidad e información de salud a los fabricantes farmacéuticos, o a su designado, con el propósito de la auditoría del Programa de Asistencia institucional al Paciente (IPAP) si recibo productos farmacéuticos elegibles a través de una de las farmacias de Little River Medical Center, Inc.

EL SALDO – PORCENTAJE – DE COASEGURO O EL COPAGO DEBEN PAGARSE EN SU TOTALIDAD EN EL MOMENTO DEL SERVICIO

Applicant's Signature: _____ Date: _____

Interoffice Use Only: _____ EIS – Early Intervention Services	_____ TFP – Teen Family Planning
# in Family: _____	Total calculated annual family income: \$ _____
Approved SF: _____	Effective dates approved from _____ Expires _____
Witness (LRMC Staff): _____ Date: _____	Patient Account Number: _____