

**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: | | | | |
| 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: _____ |