



Aplicación para descuento de la clínica

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Numero de Teléfono: _____

Usted comparte los gastos de su hogar con otro adulto que no sea su esposo/a, pareja? Si No

Usted o un miembro en su familia está trabajando o recibiendo asistencia? Si No

Si su respuesta es sí cuantas personas son mayores de 18? _____

Si su respuesta es no, como se mantiene usted? _____

Vive usted en hogares de refugios? Si No

Recibe usted ayuda para hogares de asistencia?(Section 8) Si No

Usted o alguien en su hogar recibe ayuda de familiares o amigos? Si No

(para comida, utilidades o renta)

Usted o alguien en su hogar recibe fidecomiso? Si No

Usted o alguien en su hogar recibe manutención de hijos? Si No

Usted o alguien en su hogar recibe TANF? Si No

Usted o alguien en su hogar recibe ayuda del seguro social o discapacidad Si No

Usted o alguien en su hogar recibe desempleo? Si No

Cuantos miembros de familia hay en su hogar? _____

Cuantos miembros de familia sostiene usted, incluyéndose usted? _____

MIEMBROS DE SU HOGAR (aquellos que viven con usted) **NUMERO TOTAL** _____

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Salario mensual/propinas

SALARIOS MENSUALES TOTALES(incluya copias de salarios mencionados) \$ _____

Lo anterior es verdadero y correcto a lo mejor de mi conocimiento

