Walton County Health Department and Walton Community Health Center

Formulario de Elegibilidad Financiera

Nombre del paciente_____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial del segundo nombre)

Alias _____

Dirección física _____ Cuidad _____ Estado___ Código _____

Dirección postal _____ Cuidad _____ Estado___ Código_____

Numero de teléfono_____

Fecha de nacimiento: _____**Sexo:** Masculino ____Femenino____ **Numero de Seguro Social**_____

¿Cuál es su preferencia de idioma? _____

¿Necesita usted un intérprete?: Si_____ No _____

Estado civil: (marque uno) Casada/o _____Soltero/a_____ Separada/o _____Divorciado/a_____ Desconocido _____

¿Usted fue parto individual o gemelo? _____ **Si era gemelo, indique en qué orden nació usted: 1, 2, 3**

Elija uno de lo siguiente: Heterosexual _____ Homosexual_____ Bisexual_____ Lesbiana_____

Transgénero: (marque uno) **Si**_____ **No** _____ **el sexo al nacer: Masculino**____ **Femenino**_____

Etnicidad (marque uno): No Hispano/Latino/a ____ Hispano/Latino/a_____ Raza: _____

País de nacimiento: _____ ¿Eres usted un migrante?: **(Marque uno) Si** ___**No**___

Fecha en que llego a los Estados Unidos: _____**Año**_____ **¿Era usted un trabajador agrícola estacional?:** Si___ No ___

El más alto nivel de educación: _____ **¿Es usted un veterano de los servicios armados de los Estados Unidos?** Si__ No___

Residencia/Domicilio: (por favor compruebe)

Usted: Alquila su hogar____ Propietario/dueño/a de su hogar_____ Vive con su familia/amistades_____ Sin hogar_____

Otros arreglos de vivienda_____ Inestable_____

¿Cuántas habitaciones o cuartos en total tienes dónde vive? _____

¿Qué métodos utiliza para calentar y enfriar su hogar? _____

Compruebe los elementos que tienen funcionando en su hogar: Refrigerador/heladera____ Estufa de cocina_____

Plato caliente____ Ventilador/abanico____ baño interior_____ Agua dentro para beber____ Agua dentro para bañarse_____

El Walton Community Health Center no niega a nadie los servicios debido a raza, origen nacional, color de piel, religión, orientación sexual, discapacidad física, discapacidad, origen de pago, o la incapacidad para pagar, y usa las Directrices Federales de Pobreza recientes para establecer una escala móvil de cargos para los pacientes elegibles de ingresos bajos. Si desea presentar su solicitud para nuestra escala móvil de cargos, por favor complete la sección de abajo.

Persona responsable del pago_____
(Apellido) (Primer Nombre) (Inicial del segundo nombre)
Fecha de nacimiento_____ Número de Seguro Social_____
Dirección si es diferente del paciente _____

?Tiene usted seguro que cubre su salud o condición dental? Si ☐ **NO** ☐
Nombre de la compañía de seguros._____Numero de póliza_____ Número de grupo_____

Nombre del titular de la tarjeta (asegurado) _____

Yo entiendo que será asignado a la categoría de tarifa completa, que yo soy responsable de los cargos negados o no pagados por mi seguro.
También autorizo el pago de beneficios médicos al Walton County Health Department. El pago es debido en el momento se prestan los servicios, a menos que se han hecho arreglos previos. Las cuentas atrasadas pueden ser referidas a una agencia de colección

_____ _____ _____
FIRMA DEL CLIENTE/PADRE O TUTOR LEGAL **FIRMA DEL EMPLEADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD** **FECHA**

INGRESOS PARA TODA SU FAMILIA O UNIDAD FAMILIAR

Ponga en la lista cada miembro de la familia en el hogar e incluyen todos los tipos de ingresos

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación Familiar	Lugar de empleo o de otra Fuente de ingresos	Ingresos antes de impuestos o deducciones
1.		**Paciente**		$ semanal quincenal mensual
2.				$ seminal quincenal mensual
3.				$ seminal quincenal mensual
4.				$ seminal quincenal mensual
5.				$ seminal quincenal mensual
6.				$ seminal quincenal mensual
7.				$ seminal quincenal mensual
8.				$ seminal quincenal mensual

? USTED PAGA MANUTENCION DE MENORES? **SI / NO**

? CUANTO PAGAS EN UN MES?
$_____

¿PAGA USTED POR EL CUIDADO DE LOS NINOS/ Niñera? **SI / NO**

¿CUANTO PAGAS EN UN MES?
$_____

Se me proporcionó una copia de la atención cuidado primaria / / hoja de información de servicios de planificación familiar el _____.
Iniciales del paciente _____

Iniciales del empleado del Departamento de Salud_____