Forma Para Registracion de Eligibilidad

Nombre y apellido _____ Telefono _____

Fecha de nacimento _____ Numero de seguro social _____ Sexo ____ Fem. ____ Masc.

Numero de identification INS _____ Hispanic ____Si ____No Raza _____

Estado Civil ____Soltero ____Casado ____Divorciado ____ Separado ____ Viudo

Direccion en casa _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Direccion por coreo _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Escrita todo vive en su casa

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Numero de seguro social	Relacion

Escribe todos personas en su familia que viven en la casa y reciben dinero

Incluye todos trabajos, pensiones, la ayuda de niño, Seguridad Social, ventaja de muerte, alimentos, remuneración de desempleo/compensacion por acidente en el trabajo, veterano beneficia, las inversiones, fondos fiduciarias, renta, empleo del uno mismo, ayuda pública, concesiones o cualquier otra dinero recebe.

Nombre y Apellido	Compania tipo de ingreso/pago	Ingresos bruto mensual

Por favor contester las siguientes preguntas

¿Miembro de la familia tiene Medicare? ____Si ____No ¿ Medicare Part D para medicamentos? ____Si ____No

¿Miembro de la familia tiene Medicaid? ____Si ____No

¿Usted ha solicitado Medicaid? ____Si ____No

¿Usted tiene seguro médico ? ____Si ____No

¿Le alistan en un HMO (plan de Medicaid como amerigroup, Staywell, Medipass, Healthease)? ____Si ____No

¿Está usted embarazada, o recibiero servicios relacionado a usted embarazo en los últimos 2 años? ____Si ____No

¿Miembro de la familia paga por el cuidado de niños (day care)? ____Si ____No

¿Miembro de la familia tiene orden judicial para hacer pagos para sustento de un menor que no vive con su grupo familiar? ____Si ____No

¿En su hogar, usted tiene niños que tienea menos que 21 anos de edad? ____Si ____No

¿Está usted sin hogar (viviendo en las calles) o vive temporalmente con otros? ____Si ____No

¿Está usted un veterano militaria de los Estado Unidos? ____Si ____No

¿Recibe beneficios medicos para veteranos militarios? ____Si ____No ¿Usted tiene 55 años de edad o mas? ____Si ____No

Afirmo que la información que estoy proporcionando está verdad y correcta. Entiendo que si proporciono la información falsa o inexacta que los servicios pueden ser cancellados y tendré que pagar para todos los servicios recibidos. FAC64f10.003(5).

Firma_____ Fecha_____