

PrairieStar Health Center
1600 N. Lorraine
Suite 110
Applicacion De Elegibilidad
(Porfavor de imprimir)

____ Yo escojo no mostrar mis ingresos y escogiendo no mostrar mi ingreso, yo entiendo que no recibire los descuentos de escala ofrecidos por PrairieStar Centro de Salud.

La fuente de todos los ingresos tiene que ser reportada. Un hogar es definido como todos los miembros de una casa que estan juntando finanzas y ayudandose unos a otros.

Informacion del Appicante

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: M ___ F ___

Direccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Codigo postal: _____

Telefono: _____ Celular: _____

Lugar de Empleo: _____

Pago por Hora: _____

Horas Trabajadas en

Una semana: _____

Trabajo Propio: _____

Sin Trabajo: _____

Seguro de Empleo: _____

Compensacion de Trabajo: _____

Asistencia Publica: _____

Beneficion de Vetrano: _____

Alimonio: _____

Otro: _____

-

Numero de personas en la casa: _____

Por favor liste los nombres de todos viviendo en la casa

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____ Ingresos _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____ Ingresos _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____ Ingresos _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____ Ingresos _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____ Ingresos _____

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____ SS# _____ Ingresos _____

Todas las formas de ingresos tienen que ser provadas con cheques cancelados, o una copy del retorno de impuestos del año pasado, comprobantes de beneficios, comprobantes de banco (para deposito directo), ordenes de la corte, y otro documentos. Nuestro representante de nuevos pacientes lo ayudara con lo que se necesita. Los documentos tienen que ser submetidos a la hora de visita a PrairieStar, o dentro de 30 dias de la visita, sino sera cobrado en la escala mas alta.

Esta aplicacion es valida por un ano desde la fecha de aplicacion. Si hay algun cambio en los ingresos, reportelo inmediatamente para que sea ajustado.

Yo certifico que la informacion es verdadera esta informacion sera verificada. Si necesita mas espacio use la pajina de atras)

Firma

Fecha

Numero de paciente: _____	Uso de oficina
Fecha de Aprobado: _____	Notas: _____
Clase Financiera: _____	Revisor: _____