



SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Número de Expediente médico de VMC: _____

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. Residente del Condado de Santa Clara <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	2. Sexo <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F	3. Nombre legal (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	4. Apellido de soltera de su madre	5. Cónyuge / Pareja doméstica	6. Idioma de preferencia
7. Dirección	Código postal	8. Teléfono 1) (____) _____ 2) (____) _____		9. Correo electrónico	
10. Seguro Social # (PACIENTE)	11. Seguro Social # (Cónyuge/ Pareja doméstica)	12. Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	13. Tiene Residencia Permanente <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No Si responde sí, ¿cuánto tiempo? Tiempo: _____ años _____ meses		14. ¿Veterano de EEUU? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No

ESTADO FAMILIAR

15. Anote los nombres de todos los miembros de su hogar y familia y su relación con usted. **Agréguese usted.** Marque la casilla () si lo reclama en su formulario de declaración de impuestos.

NOMBRE	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	RELACIÓN	NOMBRE	Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)	RELACIÓN
(<input type="checkbox"/>)	/ /		(<input type="checkbox"/>)	/ /	
(<input type="checkbox"/>)	/ /		(<input type="checkbox"/>)	/ /	
(<input type="checkbox"/>)	/ /		(<input type="checkbox"/>)	/ /	

EMPLEO Y OCUPACIÓN MÁS RECIENTE

16. Empleador del Paciente:	17. Número de teléfono de contacto (____) - _____	18. Si trabaja por su cuenta, nombre del negocio o empresa
19. Empleador del cónyuge:	20. Número de teléfono de contacto (____) - _____	21. Si trabaja por su cuenta, nombre del negocio o empresa
22. Fecha de inicio ____/____/____	23. Fecha de terminación: ____/____/____	24. ¿Trabajo actual? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No
		25. ¿Tiene alguna discapacidad que durará al menos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DE COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD

26. Tiene seguro de salud: <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	Número de contacto del seguro: (____) - _____	27. ¿Fueron sus lesiones causadas por terceras partes (como en un accidente de auto o un resbalón y caída)? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	28. ¿Tiene otro seguro que se puede aplicar (como póliza de automóvil)? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No
Nombre del seguro:			

INGRESO MENSUAL ACTUAL

Fuentes de ingreso mensual		Paciente	Cónyuge	Otro
29a)	INGRESO BRUTO (impuestos y otras deducciones)	\$	\$	\$
29b)	Ingreso de un negocio en funcionamiento (si trabaja por cuenta propia)	\$	\$	\$
29c)	Otros ingresos:	\$	\$	\$
29d)	Interés y Dividendos	\$	\$	\$
29e)	De bienes raíces o propiedad personal	\$	\$	\$
29f)	Seguro Social	\$	\$	\$
29g)	Otro(especifique):	\$	\$	\$
29h)	Pagos recibidos por pensión alimenticia o ayuda	\$	\$	\$
29i)	Sume las cantidades en la columna desde la línea (29a) hasta la(29h) inclusive	\$	\$	\$
29j)	Pagos realizados por pensión alimenticia o ayuda	\$	\$	\$
29k)	Reste la línea (29j) de la línea (29i). Esto es su ingreso mensual actual.	\$	\$	\$
29l)	TOTAL DE INGRESOS DE TODAS LAS COLUMNAS línea 29k	\$		

30. ¿Tiene un doctor de Cuidado Primario (PCP) en una clínica comunitaria?
Si responde sí, ¿cuál es el nombre del doctor de Cuidado Primario? _____
¿Tiene un doctor de Cuidado Primario (PCP) en VMC?
Si responde sí, ¿cuál es el nombre del doctor de Cuidado Primario PCP? _____

For Office Use Only

Total Income Gross: _____
Frequency
 Weekly Bi-Weekly
 Semi-Monthly Monthly
Family Size: _____ Final FPL: _____

FIRMA

Con mi firma certifico bajo pena de perjurio que la información proporcionada como se requiere en este acuerdo es verdadera y completa de acuerdo a mi mejor saber y entender. Soy totalmente responsable de informar a SCVHHS y a cualquier programa para los que pudiera ser elegible, incluyendo pero no limitado a los diferentes Programas de Asistencia para Medicinas, de cualquier cambio en mi residencia, estado financiero y/o cobertura de terceras partes. También certifico con mi firma que he leído y entiendo todo lo anterior y que estoy de acuerdo que el personal de Asistencia para Medicinas actúe en mi nombre para todas las medicinas elegibles. Doy mi consentimiento para divulgar mi información a las compañías farmacéuticas para propósitos de auditoría en los programas "Bulk Replacement Patient Assistance" así como también a la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara (SCSSA) para determinar elegibilidad para Medi-Cal; y los autorizo a proporcionar información en mi nombre sobre mi estado en Medi-Cal. Yo certifico que toda la información es válida y completa y autorizo a SCVHHS a solicitar un reporte de crédito y/o verificar cualquiera de la información suministrada arriba si lo considerara necesario.

FIRMA _____

Fecha _____