



**Community Clinic**

2300 Kurt Street, Eustis, FL 32726 Teléfono: (352)589-2501 Fax: (352)589-4041

Solicitud para determinar su elegibilidad para recibir atención médica

\_\_\_\_\_ PACIENTE NUEVO \_\_\_\_\_ REINSCRIPCIÓN ANUAL \_\_\_\_\_ PACIENTE QUE REGRESA

PROBLEMA MÉDICO ACTUAL: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA SI DIFIERE DE LA INDICADA ARRIBA  
\_\_\_\_\_

¿SU RESIDENCIA PRINCIPAL ESTÁ UBICADA EN LAKE COUNTY? SÍ NO

¿Hace cuánto tiempo es residente de Lake County? \_\_\_\_\_

¿Es propietario  o  su hogar?

TELÉFONO (DÍA) \_\_\_\_\_ (NOCHE) \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL DEL SOLICITANTE:  
SOLTERO CASADO DIVORCIADO VIUDO SEPARADO

SI ESTÁ DIVORCIADO O SEPARADO, ¿RECIBE PENSIÓN ALIMENTICIA/APOYO DE SU CÓNYUGE?  
SÍ NO  
DE SER ASÍ, ¿CUÁNTO RECIBE POR MES? \_\_\_\_\_

¿ES CIUDADANO DE ESTADOS UNIDOS? SÍ NO

¿HA ESTADO EN EL EJÉRCITO? SÍ NO

¿ES BENEFICIARIO DE MEDICAID o MEDICARE? SÍ NO  
NÚM DE MEDICAID/MEDICARE \_\_\_\_\_

¿USTED O SU CÓNYUGE TIENEN SEGURO SOCIAL? SÍ NO  
\_\_\_\_\_ MESES

¿CUENTA CON **ALGÚN TIPO** DE SEGURO MÉDICO? SÍ NO  
¿CON QUIÉN? \_\_\_\_\_

¿SU CÓNYUGE CUENTA CON UN SEGURO MÉDICO? SÍ NO

¿ESTÁ INSCRITO EN ALGÚN PROGRAMA DE BENEFICIOS POR NECESIDAD MÉDICA DE COSTOS COMPARTIDOS? SÍ  
NO NO SABE

**Mencione a todas las personas que vivan en su hogar.  
Si es necesario, utilice otra hoja.**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE	ESTADO: TRABAJO/ESTUDIANTE



POR FAVOR ENVÍE LAS COPIAS DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:

**Comprobante de residencia: Cualquiera de los siguientes, correspondiente a los últimos 12 meses (debe ser del mismo domicilio):**

- Factura de impuestos a la propiedad
- Recibos/contratos de alquiler, vivienda, renta/hipoteca
- Facturas de servicios públicos en el domicilio actual del solicitante
- Formulario de un organismo de servicios sociales aprobado
- Inscripción en el programa de un centro u organismo, como el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, HUD)
- Carta de asistencia certificada por notario
- Registro de vehículos a nombre del solicitante/cónyuge/aval
- Correspondencia oficial que el solicitante reciba en el domicilio de NLCHD
- Declaración de domicilio

**Identificación: Dos de los siguientes (uno de ellos debe ser una identificación con fotografía):**

- Acta de nacimiento
- Licencia de conducir/Tarjeta de identificación – con la dirección correcta
- Tarjeta del seguro social
- Documento oficial que muestre su nombre, dirección, número de seguro social, formulario IRS 4506T
- Tarjeta de registro como extranjero (Green Card, Formulario I-151 o I551)
- Cualquier identificación con fotografía emitida por el gobierno

**Ingresos: (Proporcione todo lo que corresponda para la familia; incluya a su cónyuge o pareja)**

- Talones de pago – De los últimos 3 meses o más recientes si se indica el año en curso
- Última declaración de impuestos, formulario 1040 (incluir anexos explicativos) o formulario IRS 4506T
- Estados de cuenta bancarios – de todas las cuentas y de los últimos 3 meses
- Declaración de Desempleo/Compensación para Trabajadores
- Pago de pensión alimenticia para los hijos
- Beneficios del Seguro Social para cualquier miembro de la familia
- Pensiones/Jubilaciones/Intereses
- Beneficios para veteranos
- Cualquier convenio, judicial o de otro tipo
- Si trabaja de forma independiente Declaración de impuestos de su negocio correspondiente al año anterior
- Cuentas de cheques, de ahorro, declaraciones ante el Departamento del Tesoro (IRA), CD o cualquier otra declaración de activos financieros correspondiente a los últimos 3 meses
- Si no obtuvo ningún ingreso (ingresos en ceros)/se encuentra sin hogar:
  - Carta de adversidad económica del paciente (certificada por notario)
  - Carta de asistencia en donde se indique el monto en dólares de las contribuciones mensuales de la familia o los amigos que ofrecen ayuda, certificada por notario

**Activos: (Proporcione todo lo que corresponda)**

- una declaración jurada firmada en donde se confirme que es propietario de uno o más de los siguientes activos y su valor:
  - Cuenta de cheques y cuenta de ahorro
  - El valor contable de la propiedad inmueble además de la finca.
  - El valor de rescate del seguro de vida, si el valor nominal combinado de todas las pólizas de la familia es de más de \$1500
  - Vehículos de motor y otros automóviles, excepto un vehículo principal
  - Vehículos recreativos
  - Fideicomisos
  - Acciones, bonos y otros títulos de inversión

**-Carta de negación de Medicaid** con fecha del último año. Solicítela en línea en [www.myflorida.com/accessflorida/](http://www.myflorida.com/accessflorida/) o llame al 1-866-762-2237. (Todos los solicitantes)

- Si ha estado en el ejército, **proporcione una copia de su DD214.**

**Una vez que haya reunido TODA la información sobre usted que se indica en este documento, envíela a Community Primary Health Clinic lo más pronto posible.**

**Al firmar a continuación, usted reconoce que Community Primary Health Clinic se reserva el derecho de realizar averiguaciones crediticias e incluso podría revisar su informe crediticio.**

Nombre (letra de molde): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Núm. de Seg. Soc. \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_