



FORMA DE VERIFICACION PERSONAL E INGRESOS DEL PACIENTE
*******POR FAVOR ESCRIBA CON LETRAS DE MOLDE *******

Nombre del Padre/Madre o Guardian: _____
Apellido Primer Nombre

(PACIENTE) NOMBRE: _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre/Apellido de Soltera
A DIRECCIÓN: _____ CONDADO: _____

C CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

I TELÉFONO CASA: _____ TRABAJO _____ CELULAR _____

E CORREO ELECTRÓNICO: _____ OK ENVIAR CORRESPONDENCIA A CASA: SÍ ___ NO ___

N SU SEGURO SOCIAL: (Paciente) _____ -- -- _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

T HOMBRE: ___ MUJER: ___ Casado(a): ___ Nunca Casado ___ Divorciado: ___ Viudo ___ Separado ___
AÑOS DE EDUCACIÓN: _____ IDIOMA PRIMORDIAL: Ingles ___ Español ___ Otro _____

E RAZA: Blanco(a) no Hispánico(a) ___ Blanco(a) Hispánico(a) ___ Negro(a) no Hispánico ___
↓ Negro(a) Hispánico(a) ___ Nativo Americano ___ Asiático/Islas Pacíficas ___ Multi-Racial ___

MEDICAID: SÍ: ___ NO: ___ PEACHCARE: SÍ ___ NO ___

MEDICARE: SÍ: ___ NO ___ SEGURO PRIVADO: SÍ ___ NO ___

AVISO: ALGUNOS PROGRAMAS O SERVICIOS SE DESCUENTAN PARA PACIENTES CON BAJOS INGRESOS. PARA SOLICITARLOS, POR FAVOR PROVEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN. SI ESTA INFORMACIÓN NO SE NOS PROVEE Y NO SE PUEDE VERIFICAR, SE COBRARÁN LOS COSTOS COMPLETOS POR LOS SERVICIOS RENDIDOS.

***NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA EN EL HOGAR POR LOS CUALES USTED ES RESPONSABLE: _____

***FUENTE(S) DE INGRESO(S) (Necesitamos una de las siguientes para verificar sus entradas por cada miembro del hogar que trabaja):

- **Ingresos ganados:**
 - ___ 2 talones más recientes de pago o pensión Semanal \$ _____ o Mensual \$ _____
 - ___ Archivo de impuestos más recientes (W-2 o 1040) Semanal \$ _____ o Mensual \$ _____
 - ___ Archivos Financieros (para los auto empleados) Semanal \$ _____ o Mensual \$ _____
 - ___ Verificación de Compensación de Desempleo Semanal \$ _____ o Mensual \$ _____
 - ___ Notificación para verificar estado de desempleo: _____

- **No Ganado:** ¿Tiene usted otra fuente de entradas? Sí: ___ No: ___ Si es que Sí: Nombre la fuente y cuán a menudo la recibe (por ejemplo, mensual, anual, una vez, etc.)

ENTRADA TOTAL: \$ _____ Semanal [] o Mensual [] o Anual [] (Marque el que aplique).

DECLARACIÓN DE PERMISO Y EXACTITUD DE LA INFORMACIÓN PROVISTA

Concedo el permiso para que se me den los servicios provistos por las Juntas de Salud de Cobb y Douglas. Entiendo que soy responsable de pagar todos los cargos de la Junta de Salud con efectivo (no se aceptan cheques) o con tarjeta de crédito cuando se me dé el servicio a menos que califique para los descuentos especiales para ciertos programas que se basan en mis entradas y las de mi hogar y número de dependientes que yo he alistado veraz y exactamente. Si se le deben cargos a la Junta de Salud, se tienen que pagar dentro de 30 días del día en que se rindieron los servicios.

Firma: _____ Fecha: _____
Paciente, Padre/ Madre o Guardián

Ningún cambio del estado por: _____ Fecha: _____
Paciente, Padre/ Madre o Guardián