

HRN: \_\_\_\_\_

### DETERMINACIÓN DE ELIGIBILIDAD PARA DESCUENTO

NOMBRE LEGAL: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

PADRES O TUTOR LEGAL: \_\_\_\_\_  
(Si el paciente es menor de 18 años)

**INFORMACION DE INGRESOS (Marque el que aplique):**

Talón de Cheque	
Estampillas de Comida	
Compensación del Trabajador	
Sustento de Menores	
Pensión Matrimonial	
W2	
Declaración de Impuestos	
Beneficios de TANF	

Empleo por Cuenta Propia	
Desempleo	
Seguro Social	
Pago en Efectivo	
Otros Ingresos: <i>Por favor Especifique:</i>	
Sin Ingresos	

**Tiene usted cualquier tipo de seguro que pueda cubrir toda o una porción de sus gastos médicos? (Marque el que aplique)**

Medicare: \_\_\_\_\_ Medicaid o KanCare: \_\_\_\_\_ Seguro Privado: \_\_\_\_\_

No tengo seguro médico: \_\_\_\_\_

**Por favor responda a las siguientes preguntas:**

Personas Viviendo en Casa: \_\_\_\_\_

Estado Matrimonial: \_\_\_\_\_

Ingreso Estimado de Esposo/a: \_\_\_\_\_

Soy Indio Americano o Nativo de Alaska con identificación tribal: \_\_\_\_\_

Trabajo en Agricultura: \_\_\_\_\_ Nombre de Empleador: \_\_\_\_\_

Vivo en un refugio para personas sin hogar: \_\_\_\_\_ Nombre de refugio: \_\_\_\_\_

**Yo declaro que la información arriba es cierta y le autorizó a la Clínica Hunter Health permiso para investigar la información de esta aplicación. Entiendo que si mi ingreso a de cambiar será requerido notificar a la Clínica Hunter Health en mi siguiente cita.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Office Use Only: Family Size _____	Gross Income: _____	Weekly/ Bi-weekly/ Monthly (52) (26) (12)
Annual Income: _____	Slide Assignment: _____	Expires: _____
Date Application Completed: _____	Date Documents Received: _____	
Application Completed By (Staff): _____		

