



Departamento de Salud del Condado de Jackson FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD FINANCIERA

Nombre del paciente _____
(Apellido) (Primer nombre) (Inicial del segundo nombre)

Dirección _____
Ciudad Estado Código postal

Dirección postal _____
Ciudad Estado Código postal

Fecha de nacimiento _____ **Número de Seguro Social** _____ **Número de teléfono** _____

Persona responsable del pago _____
(Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Fecha de nacimiento _____ Núm. de Seguro Social _____ Núm. de licencia de conducir _____ Estado _____ Vence _____

Dirección si no es la misma del paciente _____

¿Tiene seguro que cubra su condición de salud o mental? SÍ NO

Nombre de la aseguradora _____ Póliza N.º _____ Grupo N.º _____

Nombre del titular (Asegurado) _____

Entiendo que se me asignará en la categoría de cargo completo y que soy responsable de cualquier cargo denegado o no pagado por el seguro que tengo. También autorizo el pago de los beneficios médicos al Departamento de Salud del Condado de Jackson. El pago se debe realizar al momento en que se presten los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Las cuentas vencidas se pueden enviar a una agencia de cobros.

FIRMA DEL CLIENTE/PADRES o TUTOR LEGAL **FIRMA DEL EMPLEADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD** **FECHA**

~~~~~

The Jackson County Health Department no niega a nadie los servicios debido a raza, país de origen, color de piel, religión, orientación sexual, discapacidad física, fuente de pago o incapacidad de pago, y usa las Directrices federales de pobreza recientes para establecer una escala móvil de cargos para los pacientes elegibles de ingresos bajos. Si desea presentar su solicitud para nuestra Escala móvil de cargos, complete la siguiente sección.

Si desea renunciar al proceso de elegibilidad, favor de colocar sus iniciales aquí y firmar en la parte de abajo. \_\_\_\_\_ **RENUNCIA**

| Nombre de los miembros de la familia             | Fecha de nacimiento   | Empleador/otro                          | Ingresos brutos o ingresos no devengados |
|--------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| USTED                                            |                       |                                         |                                          |
| CÓNYUGE                                          |                       |                                         |                                          |
|                                                  |                       | Manutención de hijos Pagado<br>Recibido |                                          |
| HIJO/A                                           |                       |                                         |                                          |
| Gasto de cuidado infantil por mes por cada hijo: | \$ y nombre del menor | \$ y nombre del menor                   | \$ y nombre del menor                    |
|                                                  |                       |                                         | \$ y nombre del menor                    |

Certifico que los datos de esta solicitud son correctos y ciertos. También entiendo que la falsa información de los datos o comprobantes en esta solicitud resultará que mi solicitud sea negada, la revocación de cualquier descuento correspondiente que se haya recibido de manera fraudulenta y mi responsabilidad total de los gastos incurridos. Entiendo que al colocar mis iniciales para renunciar a la elegibilidad soy responsable del cargo completo por los servicios prestados. Entiendo que soy financieramente responsable del pago de los cargos. El pago se debe realizar al momento en que se presten los servicios, a menos que se hayan hecho arreglos previos. Las cuentas vencidas se pueden enviar a una agencia de cobros.

\_\_\_\_\_

**FIRMA DEL CLIENTE/PADRES o TUTOR LEGAL** **FIRMA DEL EMPLEADO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD** **FECHA**

(VÁLIDO POR 1 AÑO) Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Usted fue parto individual, gemelo o trillizo: \_\_\_\_\_ Si no nació de parto individual, indique en qué orden nació usted: 1.º, 2.º, 3.º

Origen étnico (marque uno):  No hispano/latino  Hispano/latino Raza: \_\_\_\_\_

¿Es usted veterano de los Servicios armados de los Estados Unidos? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cuál es su idioma de preferencia? \_\_\_\_\_ ¿Necesita un intérprete? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Está asistiendo a la escuela? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nivel de educación más alto: \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: Estado \_\_\_\_\_ País (si no es Estados Unidos) \_\_\_\_\_

Fecha en que llegó a los Estados Unidos: \_\_\_\_\_

### DECLARACIÓN DE INGRESOS/CONTRIBUCIONES PARA CLIENTES QUE DECLARAN NO TENER INGRESOS

- 1) ¿Cuántas personas hay en su unidad familiar? \_\_\_\_\_  
*(Una familia está definida como una o más personas que viven en una vivienda y que están relacionadas por sangre, matrimonio, ley o tienen un hijo en conjunto. Para que se considere una unidad familiar separada, la persona debe demostrar que él/ella puede proveer la mayoría de sus gastos de manutención).*
  - 2) ¿Usted recibe cupones de alimentos? S / N  
**Si su respuesta fue sí, debe llevar una carta que demuestre la prueba del beneficio de los cupones de alimentos.**
  - 3) ¿Cuánto gasta al mes en comestibles/otros artículos necesarios? \$ \_\_\_\_\_  
**Si no sabe, calcule un costo mensual de \$200 por persona en la unidad familiar. \$200 X \_\_\_\_\_ (número de personas)**
  - 4) ¿Cuánto paga de hipoteca o alquiler mensual? \$ \_\_\_\_\_  
**Si no sabe, utilice \$100 por persona en una unidad familiar. \$100 X \_\_\_\_\_ (número de personas)**
  - 5) ¿Tiene un vehículo? S / N
  - 6) ¿Tiene que realizar pagos por el vehículo? S / N  
Si es así, ¿cuánto paga? \$ \_\_\_\_\_  
¿Cuánto paga mensualmente por seguro de automóvil? \$ \_\_\_\_\_  
¿Cuánto calcula que consume mensualmente en gasolina? \$ \_\_\_\_\_
  - 7) ¿Tiene un teléfono o acceso a teléfono? S / N  
Si respondió que tiene un teléfono, ¿cuánto es su gasto mensual? \$ \_\_\_\_\_  
**Si no sabe, aplique un mínimo de \$10.00.**
  - 8) ¿Cuánto paga mensualmente por servicios públicos en el hogar? \$ \_\_\_\_\_  
**Si vive con otros, divida el gasto mensual entre el número de adultos en el hogar.  
Si no sabe, calcule \$50.00 por mes. \$ \_\_\_\_\_ ÷ número de personas.**
  - 9) ¿Cuánto gasta mensualmente en ropa para la familia? \$ \_\_\_\_\_
  - 10) ¿Cuántos son sus gastos médicos familiares por mes (es decir, medicamentos)? \$ \_\_\_\_\_
- TOTAL \$ \_\_\_\_\_**

Afirmo que esta información es verdadera según mi leal saber, y por este medio otorgo permiso al Departamento de Salud del Condado de Jackson para verificar esta información.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha