



Nombre:	Numero de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:
Direccion:		Telefono:
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:

INFORMACION DE EMPLEO		<i>Proporcionar prueba de ingresos</i>	
Empleador Actual:		Cuanto Tiempo?	
Telefono:	Tarifa de pago:	Frecuencia de pago:	
¿Incluyendote, cuántas personas se mantienen con estos ingresos?		Cuántas horas por semana trabajas?	

CÓNYUGE/OTRA PERSONA SIGNIFICATIVA/OTRA INFORMACIÓN LABORAL		<i>Proporcionar prueba de ingresos</i>	
Empleador Actual:		Cuanto Tiempo?	
Telefono:	Tarifa de pago:	Frecuencia de pago:	

LISTA DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR
Por favor elige abajo si estas personas estan incluidos en la aplicacion.

Incluido	Nombre:	Relación:	Fecha de nacimiento:	Ingresos anuales:
Si o No				
Si o No				
Si o No				
Si o No				
Si o No				
Si o No				
Si o No				
Si o No				
Si o No				
Si o No				

Qué servicios se utilizan en NEWCC? Salud Mental, Dental, Medical, Terapia Fisica, WIC (enumere todos):	
---	--

¿Qué tipo de seguro tienes Medicare, Medicaid, comercial o otro?:	
---	--

Juro y afirmo, bajo pena de perjurio, que toda la información enumerada es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo mi responsabilidad como participante de este programa de descuento. Su información financiera no se envía a ninguna agencia. Su pago es requerido al momento de la visita.

Firma del paciente/padre/guardián legal:	Fecha:
--	--------

Proporcionar prueba de ingresos

Continúa en la siguiente página



LOS TIPOS DE INGRESOS ACEPTADOS SON LOS SIGUIENTES	
Empleado (se requiere prueba de uno)	Talones de cheques de los 4 períodos de pago semanales o 2 quincenales anteriores a la solicitud.
Pago en efectivo	Formulario de verificación de ingresos de la clínica comunitaria
Trabajo por Cuenta Propia	Declaración de impuestos del año más reciente con anexo C
Desempleo / Compensación Laboral	Carta oficial de beneficios que indique la cantidad
Discapacidad/Seguridad Social	Carta oficial de beneficios más reciente del año en curso
Manutención de menores/pensión alimenticia	Carta oficial o orden judicial.
Asistencia del gobierno	Carta oficial de beneficios que indique la cantidad
Pensiones	Carta oficial de beneficios que indique la cantidad
Si es reclamado en la declaración de impuestos de otra persona	Se requiere la declaración de impuestos del año más reciente
Personas sin hogar	Documento de vivienda o referencia del administrador de casos
Sin ingresos	Exención por dificultades de la clínica comunitaria N.E.W completada

Juro y afirmo, bajo pena de perjurio, que toda la información enumerada es precisa a mi leal saber y entender. Entiendo mi responsabilidad como participante de este programa de descuento. Su información financiera no se envía a ninguna agencia. Su pago es requerido al momento de la visita.

Firma del paciente/padre/guardián legal: _____ Fecha: _____

A SER COMPLETADO POR N.E.W. REPRESENTANTE DE SERVICIOS FINANCIEROS DE CLÍNICA COMUNITARIA

Tamaño del hogar: _____ Ingreso Anual: _____ MRN: _____

Aprobado por: _____ Fecha: _____ Fecha de vencimiento: _____

Plan de Descuento A, B, C, D o No Califica: _____

Name:	Enumber	

Para preguntas porfavor llama a nuestro equipo de beneficios

Llama: (920) 863-9376

Correo electronico: HBS@newcc.health