



Aplicación Para Plan De Asistencia Familiar

Es la póliza de South Alamo Medical Group para proveerle servicio esencial a pesar de la habilidad de pago del paciente. Descuentos son ofrecidos basados en el tamaño e ingresos de la familia. Por favor llene la información siguiente y regrese a la ventanilla para determinar si usted o los miembros de sus familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, no a los servicios que son adquiridos fuera de la clínica. Eso incluye examines de laboratorio, medicamento, interpretación de radiólogo para los rayos x, u otros servicios. En esperanza que su situación financiera mejore. Descuentos aplican solamente al servicio reciente y no a los servicios futuros. Este formulario debe ser completado para cada visita. Si tiene alguna pregunta pase a una de nuestras ventanillas para asistencia.

Jefe/Jefa de hogar			Lugar de Empleo		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Numero de Teléfono	
Plan de Seguranza			Numero de Seguro Social		

Favor de nombrar a su cónyuge y dependientes menores de 18 años

Nombre		Fecha de Nacimiento	Nombre		Fecha de Nacimiento
Usted			Dependiente		
Cónyuge			Dependiente		
Dependiente			Dependiente		
Dependiente			Dependiente		



Ingresos Annual del Hogar

Fuente de ingresos	Usted	Cónyuge	Otra Persona	Total
Sueldo, Salarios, Propinas, etc...				
Seguro Social, Pensión, A anualidad, Beneficios de Veterano				
Pensión Alimenticia, Manutención de los hijos, Asignaciones Familiares				
Ingresos de negocios por cuenta propia, dependientes				
Renta, Intereses, otros ingresos				

Lista de Verificaciones (obtenga copias)	Si	No
Identificación/Dirección: Licencia de conducir, certificado de nacimiento, Identificación de empleo, tarjeta de seguro social, matricula consular, u otros		
Ingresos: Ingresos del año anterior y cuatro recientes recibos de pago		
Medicare/Medicaid: Aplicación hecha o evidencia de rechazo de la aseguranza		

Yo certifico que la información es correcta y entiendo que verificación es requerida para aprobación.

Nombre: _____

Firma: _____

<u>Office Use Only</u>	
Pay class approved: _____	Effective date: _____
Approved by: _____	Expiration date: _____

Location: _____ Pediatric Barlite _____ Adult Barlite _____ Adult 504 _____ Southcross

Office Use Only

Employee Initials: _____

Date: _____