

# Cassie Health Center

## Formulario de Registro del Paciente/Solicitud del Plan de Asistencia Familiar

Nombre del Jefe de Familia		Lugar de Empleo		
Dirección de Envío	Ciudad	Estado	Cremallera	Número de Teléfono
Plan de seguro de Salud		Número de Seguridad Social (opcional)		

**Enumere a su Cónyuge y Dependientes Menores de 18 Años**

	Nombre	Fecha de Nacimiento		Nombre/Relación	Fecha de Nacimiento
	Uno Mismo		Dependiente		
	Esposa		Dependiente		
	Dependiente		Dependiente		
	Dependiente		Dependiente		

**Ingreso Familiar Anual Bruto**

Fuente	Uno Mismo	Esposa	Otra	Total
Sueldos Brutos, Salarios, Propinas, Etc.				
Seguro Social, Pensión, Anualidad y Beneficios Para Veteranos (SSI, Sobreviviente, Discapacidad)				
Ingresos de negocios por cuenta propia y dependientes (ingresos netos después de las deducciones)**				
Asistencia Pública (TANF, Asistencia General, etc.)				
Renta, interés, dividendos, acciones y otros ingresos (recibidos)				
Manutención de Niños/Pensión Alimenticia				
Beneficios de Desempleo, Compensación de Trabajadores				
<b>Ingresos Totales</b>				

**\*\*Si trabaja por cuenta propia, debe traer una copia de 1040 con el anexo C adjunto, los últimos 12 meses de impuestos sobre ingresos brutos y/o una declaración de pérdidas y ganancias.**

Sin prueba de ingresos, su solicitud no será procesada y su inscripción en el programa se retrasará. Si hay problemas especiales que cree que deben tenerse en cuenta cuando revisemos su solicitud, inclúyalos en una hoja de papel por separado.

Lista de Verificación (adjuntar copias)	Si	No
Identificación/Domicilio: Licencia de Conducir, Acta de Nacimiento y Tarjeta de Seguro Social		
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior y dos (2) talones de pago más recientes		
Seguro: Tarjeta(s) de Seguro		
Medicaid: Solicitud Realizada o Evidencia de Rechazo		

**DEBE INCLUIR COMPROBANTE DE INGRESOS COMO DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES; CARTAS DE OTORGAMIENTO Y TALONES DE CHEQUE DE MEDICAID, MEDICARE O DEL SEGURO SOCIAL; Y/O COPIAS DE CHEQUES DE DESEMPLEO.**

Certifico que la información que se muestra arriba es correcta y entiendo que se requiere verificación para la aprobación.

Nombre (letra impresa) \_\_\_\_\_

Fecha de Firma \_\_\_\_\_

*Hay ayuda disponible para solicitar Medicaid u otro seguro de cobertura estatal. Por favor, pregunte en la oficina de facturación.*

Office Use Only	
Pay class approved: _____	Effective Date: _____
Approved by: _____	Expiration Date: _____