



SUMTER FAMILY HEALTH CENTER

1278 N. Lafayette Drive Sumter, SC 29150

Aplicación para la ayuda financiera

(Favor de regresar esta aplicación dentro de **10 Días.**)

Nombre Completo: _____ SS#: _____-_____-_____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____ Fecha de Nacimiento _____

Cantidad de Ingresos mensuales de Casa: \$ _____ Tamaño de Familia:

Favor de incluir a todos los miembros en la casa, la edad, y estatus de trabajo/escuela. **Incluyendo a usted.**

Elegible para Medicaid

<u>Nombre:</u>	<u>Edad:</u>	<u>Trabajo/Escuela</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Si/No</u>
1. _____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____

Favor de traer los siguientes documentos para determinar elegibilidad

Documentos de ingresos (Favor de indicar todo lo que aplica)

- Ultimos dos (2) talones de cheque: Si No
 Fecha: ____/____/____ Semanal \$ _____
 Cada dos semanas \$ _____
 Mensual \$ _____
- Prueba de ingresos incluyendo manutención de hijos, etc Si No
- Ayuda Publica: (Vivienda, Estampillas de alimentos, etc.) Si No
- Ayuda del seguro social: Si No
- Otro: Trabajador Migrante, etc..

Documentos de identificación (Solo se requieren dos formas)

- Tarjeta de seguro social: Si No
- Acta de nacimiento Si No
- Identificación con foto: Si No
- Matrícula consular: Si No
- Tarjeta de elector: Si No
- Visa/Permiso de trabajo: Si No
- Pasaporte: Si No
- Otro: Si No

SFHC Numero de Expediente _____

Se requiere un Pago Nominal de consulta al momento de ser atendido.

Si Usted no proporciona la documentación apropiada usted es responsable del "**Balance Total**".

En caso de algún cambio de ingresos o si obtengo seguro médico debo notificar a SFHC inmediatamente.

Autorizo a SFHC divulgar mi información financiera en caso de llevarse a cabo un auditor por terceras partes.

En cumplimiento de las Leyes federales, certifico que la información proporcionada es verdadera.

Firma de solicitante : _____ Fecha: _____

Miembro adicional de la familia (18 años de edad o más) _____ Fecha: _____

Para uso de SFHC solamente

Aprobado: _____ Nivel: _____ No aprobado: _____ Fecha de Revisión: _____

Aprobado por: _____ Fecha _____

Date: _____

