



## INFORMACION REQUERIDA PARA APLICAR AL PROGRAMA DE CUIDADO MEDICO

Todos los solicitantes deben presentar los siguientes documentos al momento de la cita

- **2 pruebas de residencia en el condado-Indian River County-actual y de los pasados 6 meses**
- **1 identificación un foto o 2 formas de poder verificar su identificad**
- **Verificación de ingreso en el hogar por las pasadas 8 semanas**

### Prueba de residencia puede ser:

- Recibo de luz, Agua\*
- Recibo de teléfono\*
- Recibo del alquiler\*
- Licencia de conducir
- Recibo de Impuesto
- Extensión de Vivendi
- Otros documentos aceptados por El Distrito

*NOTA: P.O. Boxes no son aceptados  
Como prueba de residencia*

**Si le interesa aplicar para este programa por pavor llame al:  
(772)257-8224**

### Verificación de ingreso debe ser:

#### Aplicantes Actualmente Trabajando

1. 8 tala nanos de cheque de su empleador indicando sueldo bruto.
2. Para aplicantes con negocio propio copia de su forma 1040 Income Tax.

#### Aplicantes Desempleados

1. Carta explicando como a sustentado su hogar sin ningún ingreso.
2. Carta de alguna persona o lugar que le a sustentado económicamente te y copia de identificación con foto.

#### *Si esta colectando desempleo necesita traer:*

1. Copia de cheque o carta de la oficina de desempleo.

#### Aplicantes con Impedimentos Físicos

1. Carta del departamento de Disability indicando que usted tiene un impedimento tú Físico/salud.
2. Prueba de la cantidad de dinero que recibe de Disability.

#### Aplicantes que Rebuén Beneficios de Seguro Social

1. Prueba de la cantidad que recibe mensual de beneficios de Seguro Social.

**Si tiene preguntas por favor llame al,  
772-257-8224 y presenté por las  
siguientes: extensiones de teléfono:**  
**Central Vero: Ext. 1261**  
**Oslo: Ext. 1140**  
**Fellsmere: Ext. 1115**  
**Sebastian: Ext. 1190**  
**Vero Dental: Ext. 1208**

**POR FAVOR LLAMENOS PARA HACERCITA**

Todos los residentes del condado de Indian River pueden ser elegibles para el programa Indigente sin importar edad, raza, sexo o estado migra tonó. La elegibilidad es basada en el ingreso en el hogar y el tamaño de su familia. **Personas con Medicad no son elegibles para el programa.** El programa Indigente solo cubre servicios en Treasure Coast Community Health; servicios fuera de nuestras clínicas no son cubiertos por el programa Indigente.



## APPLICATION PARA *Asistencia Financiera*

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Estatus Marital:   Sortero           Casado           Viudo           Divorciado           Separado

Nombre del Encargado: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_, Código/Postal \_\_\_\_\_

Dirección Residencial: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_, Código/Postal \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo tiene de Residente Indian River \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Información de Familia/Personal

Nombre de los Miembros Del la Familia	Relación	Edad	Fecha de Nacimiento	Ciudadano de EU?	Segaranza Médica	Numero de Seguro Social	Empleado Y/N
	<b>Paciente</b>						

**TOTAL Numero de Familia:** \_\_\_\_\_

### Información Financiera/Accesos

\_\_\_\_\_  
Empleo del Guardián del paciente           Dirección de Empleo           Sueldo Mensual

\_\_\_\_\_  
Ocupación del Esposo o Esposa           Dirección de Empleo           Sueldo Mensual

\_\_\_\_\_  
Otros           Otra Fuentada Ingreso           Sueldo Mensual





## **SLIDING FEE SCALE PROGRAM**

## **DECLARACION DE GANANCIAS**

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que trabajo por mi cuenta o que he trabajado por dinero en efectivo, durante los últimos \_\_\_\_\_ meses / años.

Mi promedio de ganancias mensuales es de \$ \_\_\_\_\_. No tengo documentación de ganancias y no he declarado impuestos de ganancias obtenidas.

Por lo general, trabajo haciendo \_\_\_\_\_. Si necesita contactar a alguien para verificar esta información, puede llamar y pedir una referencia a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Hago constar que toda la información enlistada aquí es correcta y verdadera en mi mejor conocimiento. Entiendo que el proveer información falsa con la intención de defraudar a un hospital a fin de obtener bienes o servicios es un DELITO en segundo grado, de acuerdo a la cláusula SECT. 817.50, del Estatuto del Estado de la Florida.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha