

SOLICITUD DE APOYO FINANCIERO

VMC/OCH/SLRH Número de Expediente Médico:

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE					
1. Es habitante del Condado de Santa Clara? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	2. Género	3. Nombre legal (Apellido, Primer nombre, Segundo nombre)	4. Nombre de soltera de su madre	5. Cónyuge / pareja doméstica	6. Idioma de preferencia
7. Domicilio		Código postal	8. Teléfono 1) () - () - () 2) () - () - ()		9. Dirección de correo electrónico
10. Número de Seguro Social (SSN) (PACIENTE)	11. Número de Seguro Social (SSN) (CÓNYUGE / PAREJA DOMÉSTICA)	12. Ciudadano de Estados Unidos <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	13. Tiene la residencia permanente Si es así, ¿cuánto tiempo? Duración: _____ años _____ meses <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No		14. Veterano? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No

ESTADO FAMILIAR EN EL HOGAR					
15. Enumere los nombres de todos los miembros de su hogar y familia, y su relación con usted. Por favor, añádase a usted mismo. Marque la casilla (<input type="checkbox"/>) si usted los incluye en su declaración de impuestos.					
NOMBRE	Fecha de nacimiento (mes / día / año)	RELACIÓN	NOMBRE	Fecha de nacimiento (mes / día / año)	RELACIÓN
<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	/ /	
<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	/ /	
<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/>	/ /	

EMPLEO Y OCUPACIÓN MÁS RECIENTE					
16. Empleador del paciente:		17. Número de teléfono del empleador () - () - ()		18. Si trabaja por cuenta propia, escriba el nombre de su negocio	
19. Empleador de su cónyuge:		20. Número de teléfono del empleador de su cónyuge () - () - ()		21. Si trabaja por cuenta propia, escriba el nombre de su negocio	
22. Fecha de inicio: ____/____/____		23. Fecha final: ____/____/____		24. Es su trabajo actual: <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	
25. ¿Se espera que la discapacidad dure al menos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No					

INFORMACIÓN DE COBERTURA DE SEGURO MÉDICO			
26. Tiene seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	Número de teléfono del seguro médico: () - () - ()	27. ¿Fueron sus lesiones causadas por un tercero (como un accidente de auto, o una caída por un resbalón)? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	28. ¿Tiene otro seguro que pueda utilizar, como una póliza de automóvil u otro? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No
Nombre del seguro médico: _____			

INGRESO MENSUAL ACTUAL					
Fuentes de Ingresos Mensuales		Paciente	Cónyuge	Otro	30. ¿Tiene un Médico de Atención Primaria (PCP, por sus siglas en inglés) en una clínica comunitaria? Si es así, ¿cuál es el nombre de su médico de atención primaria o PCP? _____ ¿Tiene un médico de atención primaria (PCP) en Valley Medical Center (VMC)? Si es así, ¿cuál es el nombre de su médico de atención primaria o PCP? _____
29a)	SUELDO BRUTO (impuestos y otras deducciones)	\$	\$	\$	
29b)	Ingresos por el manejo de un negocio (si trabaja por cuenta propia)	\$	\$	\$	
29c)	Otros ingresos:	\$	\$	\$	
29d)	Intereses y dividendos	\$	\$	\$	
29e)	Por bienes inmuebles o propiedad personal	\$	\$	\$	
29f)	Seguro Social	\$	\$	\$	
29g)	Otros (favor de especificar):	\$	\$	\$	
29h)	Pagos recibidos por pensión alimenticia o manutención	\$	\$	\$	
29i)	Sume las cantidades de la columna derecha desde la línea (29a) hasta la línea (29h)	\$	\$	\$	
29j)	Pagos hechos por pensión alimenticia o manutención	\$	\$	\$	
29k)	Reste la línea (29j) a la línea (29i). Éste es su ingreso mensual actual.	\$	\$	\$	
29l)	INGRESO TOTAL DE TODAS LAS COLUMNAS línea 29k	\$	\$	\$	

For Office Use Only	
Total Income Gross:	_____
Frequency	_____
<input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Bi-Weekly
<input type="checkbox"/> Semi-Monthly	<input type="checkbox"/> Monthly
Family Size: _____	Final FPL: _____

FIRMA	
Declaro bajo pena de perjurio que la información que he proporcionado anteriormente es verdadera y completa. Entiendo que debo informar al Sistema de Salud del Condado de Santa Clara (CSCVHS) sobre cualquier cambio, de domicilio, situación económica, tamaño del hogar y/o elegibilidad para cobertura de un seguro médico. Doy mi consentimiento para divulgar la información de mi expediente médico a fin de recibir atención médica en-colaboración con proveedores que tengan contrato con el Condado de Santa Clara, así como con la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara (SCSSA) con el propósito de determinar mi elegibilidad para Medi-Cal y compartir información sobre mi estado en cuanto a Medi-Cal. Autorizo a CSCHS el solicitar un informe de crédito y/o verificar la información anterior según se considere necesario.	
FIRMA _____	Fecha _____