



# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Número de Expediente médico de VMC: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. Residente del Condado de Santa Clara <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	2. Sexo <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> F	3. Nombre legal (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	4. Apellido de soltera de su madre	5. Cónyuge / Pareja doméstica	6. Idioma de preferencia
7. Dirección	Código postal	8. Teléfono 1) (____) _____ 2) (____) _____		9. Correo electrónico	
10. Seguro Social # (PACIENTE)	11. Seguro Social # (Cónyuge/ Pareja doméstica)	12. Ciudadano de EEUU <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	13. Tiene Residencia Permanente <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No Si responde sí, ¿cuánto tiempo? Tiempo: ____ años ____ meses		14. ¿Veterano de EEUU? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No

## ESTADO FAMILIAR

15. Anote los nombres de todos los miembros de su hogar y familia y su relación con usted. **Agréguese usted.** Marque la casilla () si lo reclama en su formulario de 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 de contacto (____) - (____) - (____)	18. Si trabaja por su cuenta, nombre del negocio o empresa
19. Empleador del cónyuge:	20. Número de teléfono de contacto (____) - (____) - (____)	21. Si trabaja por su cuenta, nombre del negocio o empresa
22. Fecha de inicio ____/____/____	23. Fecha de terminación: ____/____/____	24. ¿Trabajo actual? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No
25. ¿Tiene alguna discapacidad que durará al menos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No		

## INFORMACIÓN DE COBERTURA DEL SEGURO DE SALUD

26. Tiene seguro de salud: <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	Número de contacto del seguro: (____) - (____) - (____)	27. ¿Fueron sus lesiones causadas por terceras partes (como en un accidente de auto o un resbalón y caída)? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No	28. ¿Tiene otro seguro que se puede aplicar (como póliza de automóvil)? <input type="checkbox"/> Sí / <input type="checkbox"/> No
Nombre del seguro:			

## INGRESO MENSUAL ACTUAL

Fuentes de ingreso mensual		Paciente	Cónyuge	Otro	30. ¿Tiene un doctor de Cuidado Primario (PCP) en una clínica comunitaria? Si responde sí, ¿cuál es el nombre del doctor de Cuidado Primario? ¿Tiene un doctor de Cuidado Primario (PCP) en VMC? Si responde sí, ¿cuál es el nombre del doctor de Cuidado Primario PCP? _____  <b>For Office Use Only</b> 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: _____
29a)	<b>INGRESO BRUTO</b> (impuestos y otras deducciones)	\$	\$	\$	
29b)	Ingreso de un negocio en funcionamiento (si trabaja por cuenta propia)	\$	\$	\$	
29c)	Otros ingresos:	\$	\$	\$	
29d)	Interés y Dividendos	\$	\$	\$	
29e)	De bienes raíces o propiedad personal	\$	\$	\$	
29f)	Seguro Social	\$	\$	\$	
29g)	Otro(especifique):	\$	\$	\$	
29h)	Pagos recibidos por pensión alimenticia o ayuda	\$	\$	\$	
29i)	<b>Sume</b> las cantidades en la columna desde la línea (29a) hasta la(29h) inclusive	\$	\$	\$	
29j)	Pagos realizados por pensión alimenticia o ayuda	\$	\$	\$	
29k)	<b>Reste</b> la línea (29j) de la línea (29i). Esto es su ingreso mensual actual.	\$	\$	\$	
29l)	<b>TOTAL DE INGRESOS DE TODAS LAS COLUMNAS línea 29k</b>	<b>\$</b>			

## FIRMA

Con mi firma certifico bajo pena de perjurio que la información proporcionada como se requiere en este acuerdo es verdadera y completa de acuerdo a mi mejor saber y entender. Soy totalmente responsable de informar a SCVHHS y a cualquier programa para los que pudiera ser elegible, incluyendo pero no limitado a los diferentes Programas de Asistencia para Medicinas, de cualquier cambio en mi residencia, estado financiero y/o cobertura de terceras partes. También certifico con mi firma que he leído y entiendo todo lo anterior y que estoy de acuerdo que el personal de Asistencia para Medicinas actúe en mi nombre para todas las medicinas elegibles. Doy mi consentimiento para divulgar mi información a las compañías farmacéuticas para propósitos de auditoría en los programas "Bulk Replacement Patient Assistance" así como también a la Agencia de Servicios Sociales del Condado de Santa Clara (SCSSA) para determinar elegibilidad para Medi-Cal; y los autorizo a proporcionar información en mi nombre sobre mi estado en Medi-Cal. Yo certifico que toda la información es válida y completa y autorizo a SCVHHS a solicitar un reporte de crédito y/o verificar cualquiera de la información suministrada arriba si lo considerara necesario.

FIRMA \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_