

ADJUNTO II

Sioux Center Health Solicitud de ayuda financiera Elegibilidad presuntiva

Nombre del(la) paciente:

Número de seguro social del(la) paciente:

Fecha de nacimiento del(la) paciente:

Número de cuenta del(la) paciente:

Criterios de elegibilidad que se podrían considerar:

Escriba sus iniciales en caso afirmativo	Razón de elegibilidad
	Es una persona sin hogar o ha recibido cuidados de una clínica para gente sin hogar
	No tiene ingresos
	Participación en WIC (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés, y Niños – WIC por sus siglas en inglés)
	Elegible para estampillas de comida
	Elegible para programa de almuerzo escolar subsidiado
	Elegibilidad para otros programas de ayuda estatales o locales no financiados (ej: reducción de gastos para Medicaid)
	Parientes o amistades del(la) paciente han proporcionado información que comprueba la incapacidad de pagar
	La dirección válida que dio es de una vivienda para gente de bajos recursos o una subsidiada
	El(la) paciente ha fallecido y no se tiene conocimiento de sucesión (bienes)
	El(la) paciente o su aval está encarcelado(a), no tiene activos actuales (bienes) y no es elegible para libertad condicional dentro de los siguientes 18 meses.
	Otro (Describa):

Verificación

Adjunte documentación o certificado escrito que demuestre la elegibilidad.

Firma del(la) paciente: _____

Fecha: _____

Solo para uso del personal: (Office Use Only)

Approval

Name: _____

Title: _____

Signature: _____

Date: _____