

MID-COLUMBIA CENTER FOR LIVING

Declaración de Ingreso y Beneficios

NOMBRE: Apellido / Nombre _____ **FECHA:** _____

INGRESOS BRUTOS MENSUALES DE SU HOGAR
(la familia más cerca Sólo): \$ _____

(Si Nada = 0000)
(Si Rehusó = 0001)

Fuentes de Ingresos Primarios/Mantenimiento:

- Salario / Ingresos / Sueldo
- Ayuda Publica / Seguro Social / Estampillas de Comida
- Retiro / Pensión / SSI
- Discapacidad / SSDI
- Otro / Acogimiento de menores /Alimenticia
- Ninguno
- Desconocido

Fuente de Pago: (marque todo lo que aplique)

- Pago por si mismo
- Medicare (programa de asistencia medica para ancianos)
- Medicaid (programa de ayuda medica) / OHP # _____
- Rebaje / Acuerdo de Asistencia Financiera
- Otroa Pago del gobierno-No Medicaid
(Fondo de Chofer Intox)
- Compensación de Trabajador
- Seguro Privada: _____
- Sin cobro (Gratis, caridad, investigación o educación)
- Otro
- Desconocido

⇒ Están cubiertos por ningún seguro distinta a la indicada más arriba? Sí No If sí, por favor explique:

Dependencia:

de personas que dependen del ingreso de la casa: _____

de dependientes de menor de edad: _____

Por favor, apunte todos los Meimbro de la familia:

Nombre	Edad	La relación al Cliente

ACUERDO PARA PAGO DE SERVICIOS

Estoy de acuerdo en pagar por servicios a la hora de mi cita a menos que se han hecho otros arreglos previos con MCCFL.

Firma: _____ Fecha: _____

(Cliente, Los Padres, Tutor o representante personal
Para decisiones de atención de salud)