

## Información de Familia y Financiera del Paciente

<b>Nombre del Jefe de Familia</b>	<b>MI</b>	<b>Apellido del Jefe de Familia</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Fecha de Hoy</b>
<b>Persona Llenando este formulario</b> <input type="checkbox"/> Mismo (jefe de familia) <input type="checkbox"/> Otro (especifique)				

Es la regla de Finger Lakes Community Health proveer servicios esenciales sin importar la habilidad del paciente pagar por los servicios. Los descuentos están basados en el tamaño de la familia y la entrada financiera. Un sistema computarizado calcula el descuento y se renueva cada año usando el guía de pobreza federal. Una vez aprobado, el descuento será efectivo por un año de la fecha de inscripción, al menos que se provee nuevos documentos enseñando cambios. Todos los pacientes con o sin seguro pueden solicitar un descuento.

<b>Anote los Miembros de familia (si necesita anotar más de 5 miembros pida una hoja adicional)</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Fecha De Nacimiento</b>	<b>Relación</b>	<b>¿Es paciente?</b>
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Información Financiera</b>						
¿Cómo se le paga al Jefe de Familia? <input type="checkbox"/> por Hora <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada quincena <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro:						
Pago: \$	¿Cuántas horas trabaja por semana?					
¿Cuántos meses durante el año trabaja?	¿Su salario cambia dependiendo la temporada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
<b>Por favor liste ingresos de otros miembros de la familia que proveen entrada financiera a la familia</b>						
¿Cómo se le paga? <input type="checkbox"/> por Hora <input type="checkbox"/> Diario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada quincena <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Otro:						
Pago: \$	¿Cuántas horas trabaja por semana?					
¿Cuántos meses trabaja por año?	¿El salario, cambia dependiendo la temporada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
<i>Should you have any other salaries to report please ask for the Additional Household Members and Income Worksheet</i>						
<b>Otros Tipos de Ingreso (marque todas que corresponden)</b>						
SSI/SSD	Desempleo	Seguro Social	Pension	Desabilidad	Compen al Trabajador	Total Mensual
\$	\$	\$	\$	\$	\$	

Initial all that apply and sign at the bottom:

\_\_\_\_\_ Certifico que la informacion y documentos proveidos estan completos en relacion a los ingresos de la familia. Yo entiendo que es mi responsabilidad notificarle a Finger Lake Community Health de cualquier cambio a los ingreso, al menos que escoja no aplicar para descuentos.

\_\_\_\_\_ Entiendo que necesitare proveer prueba de ingresos entre 90 días de mi primera visita para continuar recibiendo el descuento.

\_\_\_\_\_ Entiendo que se me requiere completar una aplicación cada año y proveer prueba de ingreso para continuar recibiendo el descuento.

\_\_\_\_\_ En este momento no deseo solicitar descuentos a servicios, y estoy al tanto que tendré que pagar por completo los servicios no cubiertos por mi seguro. Estoy al tanto que puedo aplicar en cualquier momento para un descuento, llenando esta aplicación y proveyendo las pruebas de ingresos.

\_\_\_\_\_  
**Firma**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**