

APLICACION DE BAJOS INGRESOS DE HAWC

TEL: (775) 329-6300

FAX: (775) 323-3140

NOMBRE DEL PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
NUMERO DE SEGURO SOCIAL:	NUMERO DE TELÉFONO:
DOMICILIO ACTUAL:	
DIRECCIÓN POSTAL:	

POR FAVOR INDIQUE SI TIENE ALGUNO DE LO SIGUIENTES:
 MEDICAID ASEGURANZA PRIVADA NOMBRE DE SU ASEGURANZA:
 MEDICARE

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA FACTURA:

NOMBRES DE DEPENDIENTES	FDN	NOMBRES DE DEPENDIENTES	FDN

POR FAVOR ANOTE EL TIPO DE INGRESOS QUE RECIBE:	CANTIDAD	ANUAL
<input type="checkbox"/> SALARIO MENSUAL DE TRABAJO		
<input type="checkbox"/> BENEFICIO MENSUAL DEL SEGURO SOCIAL		
<input type="checkbox"/> BENEFICIO SEMANAL DEL DESEMPLEO		
<input type="checkbox"/> BENEFICIO MENSUAL DE DESHABILIDAD		
<input type="checkbox"/> PENSIÓN ALIMENTICIA MENSUAL		
<input type="checkbox"/> PENSIÓN MENSUAL		
<input type="checkbox"/> OTRO:		
TOTAL:		

FIRMA:	FECHA:
--------	--------

PARA USO DE OFICINA			
TIPO DE IDENTIFICACIÓN:	CALIFICO PARA:	MEDICO	DENTAL
PRUEBA DE DOMICILIO:		<input type="checkbox"/> MÍNIMO (B)	<input type="checkbox"/> 60% (D)
NUMERO DE DEPENDIENTES:		<input type="checkbox"/> 25% (C)	<input type="checkbox"/> 75% (E)
INGRESO ANUAL:		<input type="checkbox"/> 50% (D)	<input type="checkbox"/> 100% (F)
<input type="checkbox"/> APLICACIÓN PENDIENTE:		<input type="checkbox"/> 75% (E)	
PRÓXIMA CITA:		<input type="checkbox"/> 100% (F)	

FIRMA DE EMPLEADO:	FECHA:
--------------------	--------