



Lancaster Osteopathic Health Foundation
128 E. Grant St., Ste. 104, Lancaster, PA 17602

Fecha _____

Co Pago Aplicación de Enrolamiento

Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono (casa) _____ Teléfono de trabajo _____

Email Dirección _____

Número de Seguro Social: _____

Fecha de nacimiento: _____

En caso de emergencia llamar: Nombre y teléfono _____

1. ¿Está Ud. en este momento, aplicando para o recibiendo SSI? Sí No

2. ¿Está Ud. en este momento, recibiendo asistencia médica pública? Sí No

Si no, ¿tuvo Ud. asistencia médica pública durante los últimos 6 meses? Sí No

Si sí, de la razón de su terminación _____

3. ¿Tiene Ud. una aplicación pendiente para asistencia médica? Sí No

Si sí, ¿en qué fecha remitió la aplicación? _____

4. ¿Tiene cualquier otro tipo de seguro de salud? Sí No

5. ¿Tiene "Medicare"? Sí No

6. ¿Es Ud. Veterano o la esposa o viuda de un Veterano? Sí No

Si sí, ¿recibe beneficios de Veterano? Sí No

7. ¿Cuál es su estado de ciudadanía? Ciudadano _____ Residente permanente _____

Residente temporario _____ Refugiado / Asilado _____ Otro _____

8. ¿Tiene algún problema médico que le impide conseguir o mantener un trabajo? Sí No

9. ¿Está en este momento recibiendo o aplicando para recibir Seguro Social? Sí No

Si está recibiendo estos beneficios, ¿en qué fecha comenzaron? _____ ??? _____

10. ¿Cuáles son sus entradas mensuales incluyendo todas las fuentes de ingreso? \$ _____

Tamaño de la familia _____

11. ¿Tiene Ud. niños menores de 21 años viviendo en su hogar? Sí No
 Si no, ¿son sus recursos financieros (efectivo, cuentas de bancos) menos de \$2,000? Sí No
12. ¿Está Ud. o cualquier otra persona que vive con Ud. embarazada? Sí No
13. ¿Requiere Ud. medicaciones para mantener su vida? Sí No
14. ¿Actualmente, tiene Ud. empleo? Sí No
15. ¿Tiene cuentas médicas pendientes en los últimos 3 meses? Sí No

Si sí, ¿cuál es la cantidad aproximada de esta deuda? \$ _____

16. ¿Quién lo refirió? (Dr., práctica, sitio) _____

Raza o etnicidad: [opcional] Afro-americano Asiático/Islands del Pacífico

Caucásico Hispano Otro (especifique) _____

¿En qué lengua prefiere hablar? _____

Haga una lista de las dificultades que pueda tener para mantener una cita con los proveedores.

(Ej: cuentas pendientes, terminación de servicios, falta de transportación, no poder hablar inglés, etc.) _____

¿Está empleado? Sí No

Si sí, ¿adónde? _____

Si no, fecha de su último empleo _____

¿Puede conseguir un seguro de salud por sí mismo a través de su empleo? Sí No

Si sí, ¿tendrá que pagarlo por sus medios? Sí No

Si sí, ¿Cuánto pagaría por mes? \$ _____

INGRESOS: Haga una lista de sus ingresos mensuales antes de las deducciones e impuestos:

	Salario	Seguro Social / SSI	Discapacidad	Desempleo	Compensación del Trabajador	Pensión/ Retiro	Ayuda para niños/"Alimony"	Jornal Propio	Otras Entradas
Ud									
Esposa									

Ingreso total \$ _____

Total de la chequera y caja o cuenta de ahorro \$ _____

Si no tiene entradas, por favor explique cómo hace para mantener sus necesidades básicas.

Información Familiar

Apellido, 1er y 2do nombre	¿Está Ud. aplicando por esta persona?	Sexo	Fecha de nacimiento	Estado civil	Número de Seguro Social	Relación con el paciente	Estado de ciudadanía	¿Vivió en el Condado de Lancaster por más de 3 meses?

Por favor adjunte a esta aplicación una copia de sus documentos de identidad, prueba de su residencia y prueba de sus entradas. Para pruebas aceptables de identidad siga la guía de la planilla adjunta (fuentes de prueba para PALCO)

Su aplicación no podrá ser completada sin estos documentos.

Certifico que la información contenida arriba es una declaración total y completa de mis ingresos y mi dirección. También certifico que esta información es verdadera y que, de mi mayor conocimiento, no intento cometer fraude. Entiendo que se tomarán acciones legales apropiadas si esta información es falsa.

Firma del solicitante

Fecha

Pruebas aceptables de ingresos (suministre un documento por cada tipo de ingreso o salario mensual)

- Copia del recibo de pago, cheques, en los últimos 30 días.
- Una carta firmada por su empleador incluyendo el nombre del empleador, dirección y teléfono y cuanto ha ganado en los últimos 30 días.
- Copia más reciente de los impuestos o declaración fiscal o archivos y recibos de su negocio en el caso de que sea autónomo o trabaje por su propia cuenta.
- Copia de ingresos de seguro social, cheque actual o pruebas de depósito directo en su cuenta de banco.
- Copia de compensación de trabajo o cheque o una carta de ofrecimiento.
- Copia de la carta de desempleo.
- Copia del cheque de pensión
- Copia de si cuenta de banco que indique el interés de la cuenta.
- Copia de prueba de ingresos de préstamos de educación o beca.