

# Forma Para Registracion de Elegibilidad

Nombre y apellido \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Numero de seguro social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_ Fem. \_\_\_ Masc.  
 Numero de identification INS \_\_\_\_\_ Hispanic \_\_\_ Si \_\_\_ No Raza \_\_\_\_\_  
 Estado Civil \_\_\_ Soltero \_\_\_ Casado \_\_\_ Divorciado \_\_\_ Separado \_\_\_ Viudo  
 Direccion en casa \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
 Direccion por correo \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**Escrita todo vive en su casa**

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Numero de seguro social	Relacion

**Escribe todos personas en su familia que viven en la casa y reciben dinero**

**Incluye todos trabajos, pensiones, la ayuda de niño, Seguridad Social, ventaja de muerte, alimentos, remuneración de desempleo/compensacion por accidente en el trabajo, veterano beneficia, las inversiones, fondos fiduciarias, renta, empleo del uno mismo, ayuda pública, concesiones o cualquier otra dinero recibe.**

Nombre y Apellido	Compania tipo de ingreso/pago	Ingresos bruto mensual

**Por favor contestar las siguientes preguntas**

¿Miembro de la familia tiene Medicare? \_\_\_ Si \_\_\_ No    ¿ Medicare Part D para medicamentos? \_\_\_ Si \_\_\_ No  
 ¿Miembro de la familia tiene Medicaid? \_\_\_ Si \_\_\_ No  
 ¿Usted ha solicitado Medicaid? \_\_\_ Si \_\_\_ No  
 ¿Usted tiene seguro médico ? \_\_\_ Si \_\_\_ No  
 ¿Le alistan en un HMO (plan de Medicaid como amerigroup, Staywell, Medipass, Healthcase)? \_\_\_ Si \_\_\_ No  
 ¿Está usted embarazada, o recibiero servicios relacionado a usted embarazo en los últimos 2 años? \_\_\_ Si \_\_\_ No  
 ¿Miembro de la familia paga por el cuidado de niños (day care)? \_\_\_ Si \_\_\_ No  
 ¿En su hogar, usted tiene niños que tienea menos que 21 anos de edad? \_\_\_ Si \_\_\_ No

**Afirmo que la información que estoy proporcionando está verdad y correcta. Entiendo que si proporciono la información falsa o inexacta que los servicios pueden ser cancelados y tendré que pagar para todos los servicios recibidos. FAC64f10.003(5).**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_