

Esta recibiendo algún miembro de su familia cualquiera de los siguientes?

Por favor indique sí o no para cada uno.

Si No

Seguro Medico

Medicare

CHIP

SSI – Supplemental Security Income

Estampillas de comida

TANF

Beneficios de Pención

Cumplimiento de Mantenimiento de Niños

Si No

Seguro Dental

Medicaid

Ayuda de Veteranos

Gold Card / Tarjeta Dorada – Harris County

Beneficios de Desempleo

Compensación de Trabajo

Seguro Social (ingreso)

Derecho Pensi3n

Yo certifico que la informaci3n qu he dado esta al d3a y correcta. Yo entiendo que con cualquier falsificaci3n o el no dar la informaci3n completa se pierde la elegibilidad para recibir los servicios ofrecidos en la clinica.

Nombre (letras de molde)

Firma

Fecha

PARTE ABAJO PARA LA ENTREVISTADORA

Interviewer: _____ Card Issued: _____ If not, reason: _____

Expiration Date: _____ Sliding Scale Classification: _____

Notes: