



Estado Financiero Confidencial

White House Clinics ofrece varios programas para ayudar a los pacientes a pagar los servicios de atención médica y los medicamentos. Cada uno de estos programas tiene criterios específicos para la inscripción y verificación; sin embargo, todos los programas requieren que esta información se actualice anualmente. No podemos proporcionar un descuento sin una solicitud completa y verificación de ingresos.

La visita de hoy se descontará en función de la información que se proporciona a continuación. Si no tiene documentación para la visita de hoy, se lo considerará pago por cuenta propia hasta que se reciba la verificación de sus ingresos. La verificación debe recibirse antes de la próxima visita o dentro de 30 días (lo que ocurra primero). Si no proporciona la verificación necesaria, será responsable del costo total de todos los servicios prestados.

White House Clinics se reserva el derecho de retirar descuentos por no proporcionar la información correcta. Es su responsabilidad informarnos inmediatamente sobre cualquier cambio en los ingresos y / o el estado del seguro.

Doy fe de que he leído las declaraciones anteriores y estoy completando este estado financiero con precisión a mi leal saber y entender.

_____ **Firma del Solicitante y Fecha**

Fecha de Aplicación: _____

Nombre del Solicitante: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Número de Teléfono: (____) _____ - _____

¿Algún otro miembro adulto de la familia que vive en su hogar solicitó asistencia con WHC?

_____ Si _____ No

En caso afirmativo, indique su nombre y fecha de nacimiento. _____

Sección 1: Tamaño del hogar (enumere a todos los miembros de la familia que viven en su hogar, incluido el solicitante).

Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de Seguro Social

Sección 2: Verificación de Ingresos (enumere todas las fuentes de ingresos que reciben los miembros de la familia que viven en su hogar en una línea separada)

Miembro de la Familia	Tipo de ingreso	Cantidad	Frecuencia	Sólo Personal de WHC: Total Estimado	WHC Staff Only Sólo Personal de WHC: Total Verificado
1.			<input type="checkbox"/> Semanal (52) <input type="checkbox"/> Cada Otra Semana (26) <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual (12)		
2.			<input type="checkbox"/> Semanal (52) <input type="checkbox"/> Cada Otra Semana (26) <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual (12)		
3.			<input type="checkbox"/> Semanal (52) <input type="checkbox"/> Cada Otra Semana (26) <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual (12)		
4.			<input type="checkbox"/> Semanal (52) <input type="checkbox"/> Cada Otra Semana (26) <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual (12)		
5.			<input type="checkbox"/> Semanal (52) <input type="checkbox"/> Cada Otra Semana (26) <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual (12)		
6.			<input type="checkbox"/> Semanal (52) <input type="checkbox"/> Cada Otra Semana (26) <input type="checkbox"/> Dos Veces al Mes (24) <input type="checkbox"/> Mensual (12)		
Total del Hogar					

SOLO PARA USO INTERNO:					Fecha Efectiva	Fecha de Vencimiento	Firma del Empleado
Nivel Estimado de Escala de Tarifa Móvil	I	II	III	IV			
Nivel Verificado de Escala de Tarifa Móvil	I	II	III	IV			