



**PHC**  
primary health care

**Aplicación de Asistencia Financiera para el Paciente**

Si Ud. desea ser evaluado para el programa de asistencia financiera de Primary Health Care, necesita completar esta aplicación y proveer documentación acerca de los ingresos en bruto de su unidad familiar (ingreso familiar total antes de impuestos)

Sólo los servicios proveídos en la oficina por proveedores y personal de PHC serán cubiertos como parte del Program de Asistencia Financiera para el Paciente. Servicios no incluidos en el Programa de Asistencia Financiera para el paciente incluyen pero no se limitan a:

- Servicios recibidos al ser recomendados a otros proveedores, como especialistas
- Medicamentos dispensados por PHC u otra farmacia
- Vacunas que requieran un co-pago adicional
- Dispositivo o anticonceptivo para planificación familiar

**Miembros de su Unidad Familiar**

Por favor incluya todas las personas que viven en su hogar por las cuales Ud. Es económicamente responsable. Por favor adjunte una hoja adicional si hay miembros adicionales en su hogar.

Nombre _____	fec. de nac. _____	Parentesco _____	Estatus _____	Ingresos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No PID _____
Nombre _____	fec. de nac. _____	Parentesco _____	Estatus _____	Ingresos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No PID _____
Nombre _____	fec. de nac. _____	Parentesco _____	Estatus _____	Ingresos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No PID _____
Nombre _____	fec. de nac. _____	Parentesco _____	Estatus _____	Ingresos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No PID _____
Nombre _____	fec. de nac. _____	Parentesco _____	Estatus _____	Ingresos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No PID _____
Nombre _____	fec. de nac. _____	Parentesco _____	Estatus _____	Ingresos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No PID _____
Nombre _____	fec. de nac. _____	Parentesco _____	Estatus _____	Ingresos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No PID _____
Nombre _____	fec. de nac. _____	Parentesco _____	Estatus _____	Ingresos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No PID _____

**Ingresos en Bruto de los miembros de la Unidad Familiar**

ALGUN MIEMBRO MENCIONADO ARRIBA RECIBE

Salario por empleo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asistencia Pública? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Seguro Social (SSI)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Incapacidad del Seguro Social (SSDI)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pensión alimenticia-conyugal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Salario de trabajador independiente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Retiro? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Compensación de Trabajadores? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Subsidio por desempleo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otra Fuente de Ayuda o Ingreso? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Por favor especifique: _____	

Certifico que la información proporcionada es verdadera. Entiendo que seré responsable del 100% de los gastos hasta que Primary Health Care, Inc. reciba esta aplicación y comprobante de ingresos.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Parentesco con el Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha