



1016 Main Street, Lynchburg, VA 24504

Yo, (Nombre del Paciente) [ ] Número de Seguro Social [ ] Fecha [ ]

Yo declaro que la información que he provisto es verdadera y correcta de acuerdo con mi conocimiento. Yo soy responsable de reportar, en un plazo de 7 días, cualquier cambio relacionado a mi cobertura de Seguro médico o cambios en mis ingresos en caso de que me llevaran a estar por encima del 250% del Nivel de Pobreza Federal. Yo entiendo que, si doy información falsa o incompleta, no podre se elegible para los servicios de Community Access Network y la Free Clinic de Central Virginia. Yo entiendo que es mi responsabilidad actualizar mi información anualmente.

[ ] Yo NO tengo Seguro medico [ ] Yo TENGO Seguro medico

Tipos de Seguros Médicos:

[ ] Medicaid [ ] Medicare A [ ] Medicare B [ ] Medicare D

[ ] Asistencia para Veteranos [ ] Otro / Privado (Nombre del seguro): [ ]

[ ] Yo NO tengo seguro dental [ ] Yo NO tengo Seguro/Cobertura para medicinas

[ ] Yo TENGO Seguro dental [ ] Yo TENGO Seguro/Cobertura para medicinas

Nombre Seguro Dental [ ] Nombre Seguro Farmacéutica [ ]

[ ] Yo NO declaro Impuestos Federales y tengo [ ] (número) de dependientes que viven en mi casa aparte de mí mismo.

[ ] Yo DECLARO impuestos federales y tengo [ ] (número) de dependientes que viven en mi casa aparte de mí mismo.

Declaración de Ingresos en Efectivo

Por favor declare sus ganancias por los últimos dos meses.

Primer Mes (Mes/Año) [ ] / [ ] Total = [ ]

Segundo Mes (Mes/Año) [ ] / [ ] Total = [ ]

Nombre del Representante Legal [ ]

Firma del Paciente/Representante Legal [ ] Fecha [ ]

Submit