

Associated with the UCLA School of Medicine

Division of the Ventura County Health Care Agency

30 DIAS DE AVISO

Fecha de Entrevista: _____

Paciente: _____

Fecha de Expiracion: _____

*Es necesario que regrese los artículos marcados, en un plazo de 30 días.
Si necesita verme personalmente, por favor llame para hacer una cita.*

Trabajadora de Elegibilidad

Teléfono

- ____ Licencia de manejar / Tarjeta de identificación
- ____ Tarjetas de seguro social
- ____ Tarjeta de inmigrante ó documentos de inmigración
- ____ Talones de los cheques de pago
- ____ Cheques de desempleo ó discapacidad
- ____ Carta del seguro social y prueba de la cantidad recibida
- ____ Pago de mantenimiento de los niños ó cantidad recibida
- ____ Última declaración de impuestos
- ____ Otros ingresos: _____
- ____ Verificación que recibe casa y comida gratis
- ____ Ahorros - Comprobante del banco
- ____ Cheques - Comprobante del banco

- ____ Recibos del pago del carro
- ____ Recibos del Renta / Casa
- ____ Cuenta de su tarjeta de credito
- ____ Otros: _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

Firma del Paciente: _____

HEALTH CARE AGENCY · VENTURA COUNTY DECLARACIÓN FINANCIERA

NOMBRE COMPLETO				NUMERO DE CUENTA	
DOMICILIO				NUMERO DE TELÉFONO	
¿Tiene Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Medi-Care? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Seguro Privado o Grupo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
HOMBRE			MUJER		
NOMBRE			NOMBRE		
NO. DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	NO. DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO
NO. DE LICENCIA DE MANEJAR		NUMERO DE MICA	NO. DE LICENCIA DE MANEJAR ESPOSA		NUMERO DE MICA
SU EMPLEO			EMPLEO ESPOSA		
NOMBRE DE PATRÓN			NOMBRE DE PATRÓN		
DOMICILIO			DOMICILIO		
CLASE DE EMPLEO		¿DURACIÓN DE EMPLEO?	CLASE DE EMPLEO		¿DURACIÓN DE EMPLEO?
¿ESTÁ TRABAJANDO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		SUELDO TOTAL \$ _____ semana/mes	¿ESTÁ TRABAJANDO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		SUELDO TOTAL \$ _____ semana/mes
SUELDO NETO \$ _____ semana/mes			SUELDO NETO \$ _____ semana/mes		
Otros Ingresos: \$ _____ Clase _____		Otros Ingresos: \$ _____ Clase _____			
Deducciones: Impuesto Federal \$ _____		Impuesto de Estado \$ _____		SDI \$ _____	
Seguro Social \$ _____		Retiro \$ _____		Seguro Salud \$ _____	
ASSETS					
NOMBRE DE BANCO			DOMICILIO		
BAL DE CUENTA DE CHEQUES \$ _____		NÚMERO DE CUENTA		CUENTA DE AHORROS \$ _____	
CARRO: MARCA Y AÑO		OTROS VEHICULOS O BARCOS		RENTA \$ _____	
NÚMERO DE HIJOS DEPENDIENTES		EADAES		VALORES, BONOS \$ _____	
PROPIEDAD \$ _____		DOMICILIO DE PROPIEDAD			
SEGURO DE VIDA (Valor) \$ _____		AGENCIA			
<p>En firmar este documento le doy a Health Care Agency la autorizacion de verificar cualquiera información contenida en esta forma y obtener cualquiera otra información para determinar mi responsabilidad financiera.</p> <p style="text-align: center;">Declaro bajo de penalidad de perjurio la información contenida en esta forma es verdad y correcta.</p>					
FIRMA		FECHA	INFORMACIÓN RECIBIDA POR		FECHA
Acuerdo de Pago y Seguridad Firmado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			INFORMACIÓN VERIFICADA POR		FECHA