



tandem health

Aplicación para la ayuda financiera

(Favor de regresar esta aplicación dentro de 10 Días)

Nombre Completo:			
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Número de Teléfono :	Celular:	Fecha de Nacimiento:	

Cantidad de Ingresos mensuales de Casa: \$ _____ Tamaño de Familia: _____

Favor de incluir a todos los miembros en la casa, estatus de trabajo/escuela, y fecha de nacimiento. Asegúrate de incluirte a ti mismo.

<u>Nombre:</u>	<u>Estado de trabajo/escuela: (opcional)</u>	<u>Fecha de nacimiento:</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

Favor de traer los siguientes documentos para determinar elegibilidad

Documentos de Ingresos	
(Por favor marque todos lo que apliquen)	
• Ultimos dos (2) talones de cheque:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Fecha: _____ / _____ / _____	Semanal \$ _____
	Cada dos semanas \$ _____
	Mensual \$ _____
• Prueba de ingresos incluyendo manutención de hijos, etc:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
• Ayuda Publica: (Vivienda, Estampillas de alimentos, etc.)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
• Ayuda del seguro social:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
• Otro: Trabajador Migrante, etc.):	_____

Documentos de identificación	
(Solo se requieren dos formas)	
• Tarjeta de seguro social:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
• Acta de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
• Identificación con foto:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
• Matricula consular:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
• Visa/Permiso de trabajo:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
• Pasaporte:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
• Otro:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
*Nota: Se requiere comprobante de fecha de nacimiento.	

Tandem Health Número de Expediente:	

Se requiere un Pago Nominal de consulta al momento de ser atendido.
Si Usted no proporciona la documentación apropiada usted es responsable del "Balance Total".
En caso de algún cambio de ingresos o si obtengo seguro médico debo notificar a Tandem Health inmediatamente.
Autorizo a Tandem Health divulgar mi información financiera en caso de llevarse a cabo un audito por terceras partes.
En cumplimiento de las Leyes federales, certifico que la información proporcionada es verdadera.

Firma de solicitante: _____ Fecha: _____

Miembro adicional de la familia (18 años de edad o más) _____ Fecha: _____

Para uso de Tandem Health solamente
Aprobado: _____ Declinar: _____ Nivel: _____ No aprobado: _____ Fecha de Revisión: _____ Revisado por: _____