

Nombre:
Dirección:
Ciudad:
Código Postal:
Teléfono:
Seguro Social #:
Fecha de Nacimiento:
Expediente:

ALABAMA REGIONAL MEDICAL SERVICES
P.O. BOX 11523
BIRMINGHAM, AL 35203

Forma para descuento
<p>Es necesario para nosotros el hacerle varias preguntas con el objeto de ofrecerle el descuento en su cuenta médica. Esta información se mantendrá guardada y totalmente confidencial . Usted necesita verificar sus entradas de dinero cada seis meses. Cuanto paga de impuestos al año con una copia de su W-2, talon de cheque que cobra cada seis meses o copia de sus cheques del Seguro Social u otros cheques que usted reciba serán suficiente prueba. Con su comprobante anual nosotros podremos calcular en cual nivel será su pago.</p>

Fecha: Número de personas que viven en su casa

Cual es su estado civil Casado Viudo Soltero Divorciad Separado

Casa Propia o Renta Dueño Rento Vivo con alguien

Ingreso Familiar	Suyo	Esposo	Hijos	Otra persona	Ingreso total familiar

Lugar de Empleo	Suyo	Esposo	Hijos	Otra persona

Tiene cuenta de ahorros? \$ Tiene propiedades en renta? Sí No

Tiene dinero en su cuenta de cheques? \$ Tiene acciones? Sí No

Recibe usted alguna otra entrada económica, incluyendo lo siguiente, si sí, cuanto?

Recursos	Suyo	Esposo	Hijos	Otra persona	Total
Seguro Social					
Asistencia Pública					
Pensión de Retiro					
Estampillas de comida					
Renta					
Interes					
Ayuda para los hijos, Esposa					
Otros (Específique)					

Tiene usted algún seguro médico que cobra parte o el total de sus cuentas médicas? Sí, No

--	--	--

Nombre, Fecha de Nacimiento, y Seguro Social de todas las personas que viven en su casa.

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	# Seguro Social:

Declaro que la información arriba mencionada es verdadera y le doy autorización a Alabama Regional Medical Services para investigar toda la información dada en esta aplicación. Entendiendo que toda esta información se mantendrá confidencial. y que dando información falsa podría descalificarme de recibir el descuento y podria poner en riesgo de ya no poder ser recibido en ARMS y ser penado por la ley. Tambien entiendo que si mis entradas económicas cambiaran tendria que notificarlo a la recepción en mi próxima visita a la clínica.

Firma:	Día:	<i>Clinic Purpose Only</i> Income Code:
--------	------	--

ARMS Staff Verification Signature _____ Date _____