

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

ALABAMA REGIONAL MEDICAL SERVICES
P.O. BOX 11526
BIRMINGHAM, AL 35202

Forma para descuento
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 ingresos anuales. Cuanto paga de impuestos al año con una copia de su W-2, talon de cheque o copia de sus cheques del Seguro Social u otros cheques que usted reciba serán suficiente prueba. Con su comprobante de ingreso anual nosotros podremos calcular en cual nivel será su pago.

Fecha: Número de personas que viven en su casa

Cual es su estado civil Casado Viudo Soltero Divorciado/a Separado

Casa Propia o Renta Dueño Rento Vivo con alguien

Ingreso Familiar	Suyo	Esposo/a	Hijos	Otra persona	Ingreso total familiar

Lugar de Empleo	Suyo	Esposo/a	Hijos	Otra persona

Tiene cuenta de ahorros? \$ Tiene propiedades en renta? Sí No
Tiene dinero en su cuenta de cheques? \$ Tiene acciones o certificados? 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					
Ingreso de Renta					
Intereses de Ingreso					
Ayuda para los hijos, Esposa					
Otros (Especifíque)					

Tiene usted algún seguro médico que cubra parte o el total de sus cuentas médicas? Sí, enumere abajo 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 Servicios Regionales Médicos de Alabama para investigar toda la información dada en esta aplicación. Entendiendo que toda esta información se mantendrá confidencial. También entiendo que dar información falsa podría descalificarme de recibir el descuento y podría poner en riesgo mi estado en la clínica de ARMS y ser castigado por la ley. También entiendo que si mis ingresos cambiaran tendría que notificarlo a la recepción en mi próxima visita a la clínica.

Firma:	Día:	Clinic Purpose Only Income Code:
--------	------	-------------------------------------

ARMS Staff Verification Signature _____ Date _____