

SC Initials: \_\_\_\_\_

# FDOH FORMULARIO DE AUTOEVALUACIÓN FINANCIERA

\*\*\*ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA\*\*\*

**NOMBRE** (Apellido, Nombre, Inicial del 2o. nombre) **EDAD** **SEXO** **FECHA DE NACIM.** **# SEGURO SOCIAL**

--	--	--	--	--

**DIRECCIÓN/TELÉFONO**

NÚMERO	CALLE	APT/LOT#	CIUDAD	ESTADO FL
CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO CASA ( ) ( )	TELÉFONO TRABAJO ( ) ( )	CELULAR ( ) ( )	

\*\*\*ESCOJA UNA DE LAS DOS AFIRMACIONES SIGUIENTES Y PONGA SUS INICIALES\*\*\*

Como cabeza de familia acepto pagar el total de las cuentas médicas (100%) en vez de suministrar información de ingresos de mi familia.  
**PARE AQUI y firme abajo.**

Para aplicar a una posible escala de costos reducidos, por favor llene el siguiente formato.

**LISTA DE MIEMBROS DE SU FAMILIA QUE VIVEN EN SU HOGAR**

(Familia significa una o mas personas viviendo en la misma casa y tienen vínculos de sangre, matrimonio, Ley o Concepción).

**FECHA DE NACIMIENTO**

**NOMBRE** (Apellido, Nombre, inicial del 2o. nombre) **EDAD** (Mes/Día/Año) **# SEGURO SOCIAL** **PARENTESCO**

(Padre/Representante Legal/Guardián)	1.	2.	3.	4.	5.

TAMAÑO DE LA FAMILIA: Adultos \_\_\_\_\_ Menores de 21 \_\_\_\_\_ Bebés Por Nacer \_\_\_\_\_ Total \_\_\_\_\_

**SEGURO**

(Haga un círculo)

1. ¿Tiene MEDICAID?                      SÍ      NO (Número de MEDICAID) \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene MEDICARE?                    SÍ      NO (Número de MEDICARE) \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene Seguro Médico Privado?    SÍ      NO (Si responde Sí, LLENE LA SECCIÓN SIGUIENTE)

	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA	NOMBRE DEL ASEGURADO	NÚMERO DE GRUPO	NÚMERO DE POLIZA
PRIMER ASEGURADOR				
SEGUNDO ASEGURADOR				

**INGRESO TOTAL ANTES DE DEDUCCIONES** (¿Cuales miembros del hogar están trabajando?)

**INGRESO BRUTO**

**NOMBRE** (Apellido, Nombre, Inicial del 2o. nombre)

**EMPLEADOR** (Nombre/Dirección/Teléfono)

(HAGA UN CÍRCULO) SEMANA    QUINCENA    MES


**OTROS INGRESOS** (EJEMPLO: VETERANOS, SEGURO SOCIAL, COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO, SUSTENTO DE NIÑOS, ETC.,)

**NOMBRE** (Apellido, Nombre, Inicial del 2o. nombre)

**FUENTE DEL INGRESO** **CANTIDAD** (Semana    Quincena    Mes)


CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA A MI MEJOR SABER Y ENTENDER. DOY MI APROBACIÓN AL DEPARTAMENTO DE SALUD PARA INVESTIGAR Y VERIFICAR LA INFORMACIÓN. ENTIENDO QUE PUEDO SER PROCESADO CONFORME A LA LEY SI DELIBERADAMENTE HE PROPORCIONADO INFORMACIÓN INCORRECTA.

FIRMA: \_\_\_\_\_  
(CLIENTE/PADRE/GUARDIAN)

FECHA: \_\_\_\_\_