



# Solicitud de Elegibilidad

## Información Del Aplicante

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Medio Nombre: \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino ¿Ha recibido servicios en la Clínica TOMAGWA anteriormente?  Si  No

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Estado Civil:  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Separado/a  Viudo/a  Unión Libre

Etnicidad:  Hispano/Latino  No Hispano/Latino  No se

Raza:  Blanco  Afro-American  Asián  Nativo de Hawái  Nativo de Alaska  
 Indo-American  Prefiero no responder  Desconocido

Modo Preferido de ser Contactado:  Correo  Teléfono  Email  Portal  Ninguno  No preferencia

Veterano:  Si  No Language:  Ingles  Espanol  Otro

## Miembros De Su Hogar, Incluyendo Usted

	Nombre (la primera persona es UD. mismola)	Parentesco (pareja, hijola)	# de Seguro Social	Sexo	Fecha de Nacimiento	Edad	¿Trabaja?
1		YO MISMO/A		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿Está Recibiendo Algún Miembro De Su Familia Cualquiera De Los Siguietes? *Por favor indique SI o NO para cada uno:*

Medicaid: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Pensión: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cumplimiento de
CHIP: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	SSI – Supplemental Security Income: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Mantenimiento de
Medicare: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Seguro Social (ingreso): <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Niños: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Seguro Médico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Compensación de Trabajo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Ayuda de
Seguro Dental: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Estampillas de Comida: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Veteranos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
TANF: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Desempleo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Asistencia Publica: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Renuncia y Firma** Yo certifico que la información que he dado esta al día y correcta. Yo entiendo que con cualquier falsificación o el no dar la información complete se pierde la elegibilidad para recibir los servicios ofrecidos en la clínica.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_