



Horizon Health Center, Inc.
Aplicación Móvil De Pagos

Información Personal

| | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------|----------------------------------|---------------|
| Apellido | Nombre | M.I. | Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) | SS # |
| Dirección | | Ciudad | Estado | Código Postal |
| Numero de Teléfono (Hogar) () | Numero de Teléfono (celular) () | | | |

Información de Hogar

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| Estado civil: Solo () Casado () Separado () Divorciado () Viudo () | |
| Nombre de esposo/a | Número de adultos en el hogar |

Los nombres de los niños menores de 18 años en el hogar

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Nombre | Fecha de Nacimiento |
|--------|---------------------|--------|---------------------|
| Nombre | Fecha de Nacimiento | Nombre | Fecha de Nacimiento |
| Nombre | Fecha de Nacimiento | Nombre | Fecha de Nacimiento |

Información general sobre el solicitante

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Ha solicitado Medicaid? Si No | Ha solicitado Medicare? Si No |
| Si niega Medicaid y Medicare, por favor, díganos la razón: | |
| Tiene seguro médico privado? Si No | En caso afirmativo, nombre del seguro: |
| Tiene alguno de los siguientes? Medicaid () NJ Family Care () SSI () Medicare () Medicaid HMO () Welfare () | |
| Ha solicitado la discapacidad? Si No | Se le negó los beneficios por discapacidad? Si No |
| Está trabajando actualmente? Si No | Si no, usted está en el desempleo? Si No |
| Esta usted discapacitado? Si No | |
| Está embarazada? Si No | Es usted un estudiante menor de edad? Si No |
| Comentarios: | |

Información de Ingresos

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| Selección el Periodo de su Pago: | | | |
| Semanales | Cada dos semanas | Mensuales | Anuales |
| Cuál es su ingreso por período de pago? \$ | | | |
| Usted debe traer prueba de sus ingresos: Por favor marque la prueba de ingresos que tiene | | | |
| Declaración del Impuesto sobre Ingresos recientes Las prestaciones por desempleo Declaración de empleador Recibo de sueldo actual | | Verificación de Cupones para Alimentos Acogimiento Familiar Manutención de Niños Seguro Social / Incapacidad | |

Información de Elegibilidad - Sólo para uso oficial

Proyección de Asistencia Médica:

Si el paciente no tiene seguro, fue que él / ella se refiere a la asistencia médica

Si () No ()

En caso afirmativo, fecha en que se: _____

Ingreso Total Annual \$ _____

Number of Dependents: _____

Solicitud de Aprobación: () 0% () 20% () 40% () 60% () 80% Payment

Responsable por el 100% de la factura - rechazó la solicitud ()

Comprobante de ingresos se adjunta a la solicitud ()

Aprobado por el personal de la HHC - Nombre: _____

Fecha: _____

Este formulario debe ser actualizado cada seis meses con el comprobante de ingreso adjunta

Declaración del Solicitante

Yo he completado esta aplicación para elegibilidad de pagos móvil y confirmo que la información es correcta a lo mejor de mi conocimiento. También entiendo que un pago de \$25.00 serán solicitados en cada visita médica.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____