

GHCCM Formulario de Admisión Cliente Fecha de Hoy ___/___/___ **Interviewer** _____(Tiene Usted)
 MEDICAID, MEDICARE, VA BENEFITS O OTRO TIPO DE ASEGURANZA ? SI ___ NO ___

Apellido _____ **Nombre** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Seguro Social** _____

Direcion #1 _____ **Cuidad** _____ **Estado** NC **Codigo Postal** _____

Telephono de Casa _____ **Numero de Trabajo** _____ **Numero de Celular** _____

Contacto de Emergencia _____ **Relation a usted** _____ **Numero de telephono** _____

Sexo: ___ Hombre o ___ Mujer

Estado Civil: ___ Casado/a ___ Soltero/a ___ Divorciado/a ___ Vuido/a ___ Separados legalmente ___ union de hecho

Es usted : ___ Caucasico ___ Afroamericano ___ Hispano/Latino ___ Asiatico ___ Pakistan ___ Otro ___

Es usted Cliente : Veterano Ciudadano de Estados Unidos Residente de Estados Unidos Cabeza de hogar

Inelegible para servicios

Esta actualmente trabajando ? ___ NO ___ SI **Nombre de Trabajo** _____

Trabajo de Esposa/o _____ **Grado mas alto completado** _____ **# de Familia** ___ **# Cuantos Hijos** _____

Lista de familia Listadas en su Forma de Taxas Federales

	Paciente	Esposa/ Pareja	Hijo	Hijo	Hijo	Hijo	Hijo
Nombre	\$						
Fecha de Nacimiento	\$						
Cuanto Gana	\$						
Manutention de los hijos/Pension alimenticia	\$						
Discapacidad	\$						
Seguro Social	\$						
Jubilacion	\$						
Desempleo	\$						
Cupones de Alimentos	\$						
Trabajando por su cuenta	\$						
Contribuciones	\$						
Beneficios Veteranos	\$						
Total	\$						
Total Combinado	\$						

Atestacion :

- Yo Notificare a Greater Hickory Cooperative Christian Ministries si llega a ver un cambio en aseguranza o ingresos en la casa dentro de una semana
- Todo lo que he puesto en esta hoja es cierto. Autorizo y doy permiso a que mis records sean revisados por representantes farmaceuticos quien me daran los medicamentos si lo es necesario.
- Le doy permiso a GHCCM para que reciban medicamentos mios de parte de el programa " Prescription Assistance Program " . Firmando esta forma indica que GHCCM puede firmar las formas necesarias para yo poder obtener mi medicamento.

Firma de Appicante: _____ **FECHA:** _____

Firma de Verificación o Trabajador Social: _____

Attachments: Photo ID Carta de Seguro Social Comprobante de dirreccion
 Verificante de Ingresos Formas de Taxas (1040) Forma de Medicaid Negado

AVISO ACERCA LOS USOS DE LOS SEGUROS SOCIALES

(Esto no es una application)

Cuando tu familia oh hogar aplica para asistencia de Comida, Medicaid, Asistencia especial, o Work First Family assistance benefits, usted debe de proporcionarnos con cierta information sobre cada miembro de familia. Este aviso solo se aplica a los Seguros Sociales.

- Cada miembro en la casa que quiera recibir asistencia tendra que dar el seguro social o otros numeros que ha usado o usa. Si no tiene uno , debe aplica para uno. Nosotros podemos ayudarle con eso.
- Si un miembro no quiere dar su numero social, no es elegible para asistencia para el mismo.
- Si un miembro no quiere recibir beneficios NO tiene que dar su numero social. Esto es Voluntario.

COMO USARAN MI SEGURO SOCIAL?

Numeros de seguro social seran usados con estas agencias:

- Social Security Administration (SSA)
- Internal Revenue Services (IRS)
- Employment Security Commission (ESC)
- Department of Transportation (DOT)
- Out-of-State welfare and ESC agencies, and
- Any other agencies, when applicable.

Solamente usaremos los seguros sociales para verificar ingresos y recursos.
He leído y comprendido esta Forma. Mi firma da la aprovacion y autorizacion para que verifiquen los seguros sociales que yo he dado.

Firma de Aplicante: _____ FECHA: _____

Firma de Verificación o Trabajador Social: _____