

**Community Reach of Montgomery County
Mansfield Kaseman Health Clinic
9420 Key West Avenue, Suite 400, Rockville, MD 20850**

Primer Nombre _____ **Apellido** _____

Dirección _____

Teléfono de Casa _____ **Teléfono Celular** _____

Número de Seguro Social _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Sexo: M ___ F ___ **Estado civil:** Acompañado _____ Soltero _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____

PARENTESCO CON PACIENTE _____ **TELÉFONO** _____

VIVIENDA	Refugio _____	OCUPACIÓN ACTUAL	Empleado _____
	Desamparado _____		Retirado _____
	Programa de Transición _____		Desempleado _____
	Tiene Casa _____		

GRUPO ÉTNICO	Hispano o Latino _____	RAZA	Indio Americano _____
	No Hispano _____		Nativo de Alaska _____
			Asiático _____
			Afroamericano _____
			Nativo de Hawai/Otra Isla del Pacífico _____
			Blanco _____
			Otro _____

RELIGIÓN _____ **IDIOMA** _____ **PAÍS DE ORIGEN** _____

CAPACIDAD PARA HABLAR INGLÉS	Competente _____
	Limitado Inglés _____
	No Sabe Inglés _____

Nombre y Dirección del EMPLEADOR: _____

Nivel de EDUCACIÓN _____

Número de adultos y niños menores de 18 que dependen de su ingreso: _____

Correo electrónico: _____

Farmacia cercana a su hogar (Nombre y calle) _____

Referido Por: _____

NECESIDADES ESPECIALES: ¿Le gustaría recibir asistencia con alguno de los siguientes servicios?

Comida _____ **Ropa** _____ **Dentista** _____ **Vision** _____



Montgomery Cares Program

Montgomery Cares Eligibility Documentation Form

Español

Para inscribirse en el programa Montgomery Te Cuida usted debe:

- Ser residente del Condado Montgomery; y
- Tener más de 18 años de edad; y
- No tener seguro médico —incluyendo Medicaid, PAC, o Medicare—, o
- Tener bajos ingresos económicos.

PRUEBA DE RESIDENCIA EN EL CONDADO DE MONTGOMERY:

- Contrato de hipoteca o arrendamiento de la casa
- Cuenta de impuesto a la propiedad
- Comprobante de pago de servicios básicos (agua o luz) con nombre y dirección completos (facturas de teléfono celular no serán aceptadas)
- Documentos oficiales de la escuela de sus hijos
- Licencia de conducir con dirección actualizada
- Documento de identidad otorgado por el estado de Maryland
- Pago de impuestos federales o W2 (del último año)
- Colillas de pagos recientes con nombre y dirección completos
- Tarjeta de Registro de Votante
- Declaración escrita en papel membretado de la trabajadora social o del albergue donde reside
- Correspondencia oficial del condado o del estado en papel membretado
- Carta del dueño de casa con su respectiva prueba de residencia

Firme aquí certificando que usted reside en la siguiente dirección, pero no posee ninguno de los documentos mencionados antes:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PRUEBA DE EDAD:

Firme aquí para certificar que usted tiene la siguiente fecha de nacimiento:

Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

PRUEBA DE INGRESOS:

- Remuneración de trabajo: *Colillas de pago, declaración de impuestos más recientes y firmados, carta del empleador declarando el ingreso neto por semana o por mes.*
- Ingreso por desempleo: *Declaración de discapacidad/Declaración de desempleo.*
- Ingreso del Seguro Social: *Carta de Seguro Social/Ingreso de Seguro Suplementario SSI.*
- Ingresos por cónyuge y/o manutención de hijos: *Carta de la Corte con declaración de manutención.*
- Ayuda financiera de un(a) amigo(a) o pariente: *Declarando el monto de ayuda proveída al paciente.*
- No recibe ingresos: *Carta firmada por un miembro de su familia, un profesional o alguien más que declare que usted no tiene ingresos, y/o una carta del empleador indicando la terminación del empleo.*

Firme abajo certificando que usted tiene el siguiente ingreso pero que no tiene ninguno de los documentos mencionados antes, o que no tiene ningún ingreso por el momento:

INGRESO	MONTO	MARQUE UNO
Remuneración por empleo (por ejemplo: cuidado de niños, construcción) _____		Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual
Otros ingresos (por favor haga una lista):		Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual
No recibe ninguna remuneración:		
	TOTAL	Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual

Firma: _____

Fecha: _____

PRUEBA DE SEGURO DE SALUD:

- Seguro de salud a través del empleo
- Medicaid (Asistencia Médica del Estado de Maryland)
- Medicare
- PAC (Cuidado Primario para Adultos)
- MHIP (Plan de Seguro de Salud de Maryland)
- Seguro de salud privado
- Otro: _____

Firme aquí para certificar que usted no tiene seguro de salud

Firma: _____

Fecha: _____