

PARTNERS for HEALING, Inc.
Formulario de Solicitante

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Fecha _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Condado _____ Código _____
 Seguro Social _____ Teléfono (____) ____ - _____ Celular (____) ____ - _____

marque cada una de sus selecciones con círculo

1. ¿Vive o trabaja usted en uno de los condados de Tennessee: Coffee, Franklin o Moore? SÍ / NO
2. ¿Es usted empleado en este tiempo? SÍ / NO
 ¿Si usted no está empleado quién está empleado en su casa? _____
3. ¿Tiene seguro médico de cualquier tipo? SÍ / NO
4. ¿Puede recibir o ya tiene beneficios de veteranos? SÍ / NO
5. ¿Tiene usted seguro médico por su cónyuge, compañero, o padres? SÍ / NO
6. Número total de ocupantes en la casa: _____ (# Adultos: _____ # Bajo la edad 18 años: _____)
 Proporcione una lista de los miembros de su casa y su relación con usted. Use otro lado si hay necesidad.

7. ¿Cuáles son los ingresos estimados para los ocupantes de la casa? (incluye todos ingresos)

Ingresos	_____	N/A	semanal	mensual	anual
Beneficios de Discapacidad	_____	N/A	semanal	mensual	anual
Beneficios de Seguro Social	_____	N/A	semanal	mensual	anual
Beneficios de Desempleo	_____	N/A	semanal	mensual	anual
Retiro	_____	N/A	semanal	mensual	anual
Otros Ingresos	_____	N/A	semanal	mensual	anual
Total:	_____	*** Horas trabajado cada semana _____			

Patrón del Paciente _____ Teléfono (____) ____ - _____

Dirección del Patrón _____

Nombre de Cónyuge/Otro _____ Patrón _____

Dirección del Patrón _____ Teléfono (____) ____ - _____

Razón para la visita: _____ ¿Relacionado con Compensación Trabajadores? SÍ / NO

¿Ha Sido Paciente de Partners for Healing, Inc., antes? SÍ / NO

PARTNERS FOR HEALING NO DISCRIMINA SOBRE LA BASE DE RAZA, COLOR, SEXO, EDAD, RELIGIÓN, NACIONALIDAD O DISCAPACIDAD EN SERVICIOS QUE PROPORCIONA. POR FAVOR DIRIJA SUS QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN AL OFICIAL DE CONFORMIDAD DE PARTNERS FOR HEALING AL TELEFONO 931.455.5014.

Certifico que todo el susodicho es correcto: _____ Fecha _____

* Requerida antes del proceso de aprobación puede comenzar; toda de la información es sujeta a verificación.

- TALONES DE PAGO CORRIENTES PARA DOS PERÍODOS CONSECUTIVOS
 - CUENTA RECIBIDO POR CORREO PARA VERIFICAR SU DIRECCION
 - DOCUMENTOS DE IMPUESTOS CORRIENTES PARA EL AÑO PASADO
 - IDENTIFICACION CORRIENTE CON FOTO (PASAPORTE, LICENCIA DE CONDUCIR)
- Screener's Initials _____ Date Received _____

Usa De Empleados Solamente Approved: Yes / No _____ Comments: Notified _____ (Date/Initials)

¿Cómo recibió usted información acerca de Partners for Hearing?
 (Por favor marque su selección con círculo): Por palabra Por familia Por patrón Por otro