

**McKinney Medical Center, Inc.
218 Quarterman Street
Waycross, GA 31501**

Nombre
Dirreccion:
Cuidad,Estado,y Codigo Postal:
Numero telefonico:
Nemero telefonico celular:
Correo electronico:
Seguro Social:
Fecha de nacimiento:

Tarifas de Descuentos Formulario
(debe ser actualizada cada 6 meses)

A.Prueba de Identificación(2identificaciones para la persona aplicando y 1 para cada miembro de la familia)

1. Identificación con foto
2. Tarjeta de Seguro Social
3. Certificado de Nacimiento
4. Factura Actual

B.Prueba de Ingresos(mes en curso)para cada persona edad 18 y mayor

- 1.Declaración de Impuestos Federales (1040 formularios)
- 2.Talones de cheque del mes/Carta del seguro social/carta de retiro
- 3.Carta **Notarizada** del patron mostrado salario

C.Prueba si NO tienes Ingresos

1. Carta "Wage Determination" del Departamento de Labor
2. Carta **Notarizada** de la persona que proporciona apoyo financiero

Fecha de hoy: Numero de personas que viven en el hogar?

Estado Civil?? Casado Vuido/a Soltero/a Divorciado/ Separado/a
a

Alquila o es dueno de su hogar? Dueno/a Rentto/a Vivo con alguien mas

Cantidad de ingresos? _____

Lugar de empleo? _____

Tiene algun tipo de aseguranza que cobra el total o parte de sus gastos? Si, Escribala abajo No

Escriba su Nombre, Fecha de Nacimiento, y Seguro Social de cada individuo que reside en su hogar y una copia de identificacion es necesario.

Nombre;	Fecha de nacimineto:	Numero de seguro social:

Declaro que la información anterior es verdad y he dado permiso a Mckinney Medical Center, INC a investigar cualquier información dada en esta aplicación. Entiendo que esta información se mantendrá en confidencialidad. Tambien entiendo que si mis ingresos cambian, tengo la obligación de notificar al recepcionista en mi siguiente visita a la clínica.

Signature:	Date:	<i>Clinic Purpose Only</i> Income Code:
Uso de oficina solamente:		
<input type="checkbox"/> Aprobado	<input type="checkbox"/> Negado	
Cobertura empieza:	Fecha de Renovar:	