**Solo Para Uso De La Oficina**

Date Submitted     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1st Contact

2nd Contact           \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Enrollment Appt     \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_



***APLICACIÓN PARA SERVICIO***

**(Todas los formularios deben ser completados antes que sean revisados para la elegibilidad.)**

   Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sexo: M ☐ F ☐ Raza :           Edad:          Fecha de Nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Estado civil: ☐Casada(o) ☐ Soltera(o) ☐ Separada(o)  ☐Divorciada(o)  ☐Viuda(o)

☐ Vive con su pareja

Nombre                                                                                                            SS# \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre completo y apellido

¿Eres  ciudadano(a) de EE.UU.? Si ☐ No ☐  Eres residente legal si  ☐ No   ☐

Residente del Condado de Rowan Sí ☐ No ☐  El paciente  Habla Inglés? Si  ☐  No ☐

Direccion de Calle                                                         Ciudad                                C.Postal\_\_\_\_\_\_\_

Dirección  Postal   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Ciudad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.Postal \_\_\_\_\_\_\_

Correo Electrónico\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Su Mejor Número de Contacto\*\*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\*\****

***Es muy importante tener su número de teléfono actual en  archivo.***

Pariente más cercano/Contacto de Emergencia  Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Relación \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero de Telefono del contacto de Emergencia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo supo de

¿Cómo supo de nosotros? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Está usted Empleado  Si  ☐ No ☐                 Nombre de Empleador \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿ Hizo Declaración de Impuestos?         Si ☐ No  ☐

   Es usted dependiente en la declaración de impuestos de alguna persona   Si ☐ No  ☐

¿Está usted presentando discapacidad?  Si ☐ No  ☐

¿Es usted Veterano ?  Si ☐ No  ☐

**LISTA TOTAL MENSUAL DE  INGRESOS DE SU HOGAR**

Sueldo/salario   \_\_\_\_\_\_\_\_\_   Discapacidad   \_\_\_\_\_\_\_\_

Seguro social     \_\_\_\_\_\_\_\_\_            Comp. del Trabajador    \_\_\_\_\_\_\_\_

Desempleo       \_\_\_\_\_\_\_\_\_            Autoempleo                   \_\_\_\_\_\_\_\_

      Pensión             \_\_\_\_\_\_\_\_\_           Otros                            \_\_\_\_\_\_\_\_

# de adultos en el hogar     \_\_\_\_\_\_\_\_\_ # de niños en el hogar       \_\_\_\_\_\_\_\_

**SERVICIOS PEDIDOS**

\_\_\_\_\_ Yo necesito ver al doctor en esta clínica.

\_\_\_\_\_ Yo necesito ver al dentista de esta clínica.Razones por las que quiero ver al dentista:

☐ Dolor de Dientes   ☐ Caries   ☐ Diente  Roto   ☐ Limpieza

**¿Tiene usted alguno de los siguientes?**

Medicaid Si ☐ No  ☐

Medicare Si ☐ No  ☐

Seguro Médico Si ☐ No  ☐

Seguro Dental Si ☐ No  ☐

**¿Es usted elegible para beneficios de Veterano VA?**

Médico Si ☐ No  ☐

DentalSi ☐ No  ☐

Prescripción Médica Si ☐ No  ☐

**Solo Para Uso De Oficina**

ID \_\_\_

SS Card \_\_\_

Income \_\_\_

Taxes \_\_\_

Disability App \_\_\_

Medicaid Denial \_\_\_

Admin Fee \_\_\_

Proof of Residency \_\_\_

**NOTA:** La Clínica de Cuidado Comunitario no provee manejo de  dolor o servicios de cirugía.Si usted necesita tratamiento para depresión o problemas de salud mental, contacte a Daymark Recovery Services a 704-633-3616.

**Nosotros no prescribimos** **narcóticos o sustancias controladas (incluyendo Gabapentin).**

Si esta es una de sus necesidades médicas es muy poco probable que la Clínica De Cuidado Comunitario pueda servirle.

Firma del Aplicante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_