Formulario para personas sin ingresos

NOTA: USE ESTE FORMULARIO SOLO SI NADIE EN EL HOGAR TIENE INGRESOS
El paciente debe completer la SECCION 1 – la persona que ayuda al paciente debe completer la SECCION 2
El formulario completado debe enviarse con el paquete de solicitud de Medication Assistance Pharmacy.

SECCION 1 – Informacion sobre el paciente (today la informacion es obligatoria)

Al firmar este formulario, certifico que ni y oni ningun miembro de mi hogar tiene ingresos.

Nombre del paciente (en letra de imprenta):_____

Firma del paciente:_____ Fecha: _____

SECCION 2 – Persona que ayuda al paciente (Todas las secciones deben completarse, incluidos los montos en dolares).

Necesitamos saber somo vive el paciente dia a dia (Vivienda, alimentacion y servicios publicos.)
La persona que ayuda al paciente no puede vivir en la misma casa que el paciente.

Mediante mi firma, verifico la situacion de Vivienda actual del paciente, que toda la informacion es verdadera y que no se brindan servicios ni trabajo a cambio de apoyo.

Nombre de la persona que ayuda al paciente: _____
(en letra de imprenta)

Verificaion de beneficios: Si usted o algun miembro de su hogar recibe benficios de SNAP/Cupones de Alimentos, asistencia de Vivienda de HUD u otra Asistencia publica, adjunte la documentacion vigente de cada beneficio que reciba.

Indique el monto en dolares que pago/entrego en los ultimos 30 dias para cada uno de los puntos a continuacion que corresponda:

$_____Casa/renta (si la respuesta es$0, indique por que):_____
$_____Alimentos (si la respuesta es $0, indique por que):_____
$_____Utilidades (si la respuesta es $0, indique por que): _____

$_____Monto total que le Entrega al paciente por mes

_____Fecha:_____
(Firma de la persona que ayuda al paciente o verifica su situacion de Vivienda actual)

O- ____El paciente no tiene a nadie mayor de 18 anos para responder por su situacion de vivienda actual:

_____Fecha: _____
(Representante del Paciente/Administrador de Casos)