

Apellido del Paciente		Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre de esposo/a
Dirección				Teléfono	
Ciudad	Estado	Código Postal	¿Cuánto tiempo ha vivido en este domicilio?		
Miembros del hogar Por favor enumerar <u>todas</u> las personas que viven en este domicilio		Fecha de Nacimiento	Relación con usted (o ingresar yo mismo)	¿Empleado? (Sí o No)	Ingreso Bruto Mensual Total (incluir ISS, cupones de alimentos y otros)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

¿Alquila o es propietario de su residencia actual?

Alquiler Propio

Ingreso mensual total del hogar:

Los Gastos Mensuales de la Casa

Alquiler o Hipoteca \$ _____

Alimentos \$ _____

Utilidades

 Teléfono \$ _____

 Gas \$ _____

 Electricidad \$ _____

 Agua \$ _____

Auto

 Pago Mensual \$ _____

 Gasolino \$ _____

 Seguro \$ _____

Médico

 Doctor \$ _____

 Hospital \$ _____

 Medicamentos \$ _____

Seguro

 Vida \$ _____

 Médico \$ _____

Pagos con tarjeta de crédito \$ _____

Otros pagos mensuales (enumerar) \$ _____

TOTAL GASTOS MENSUALES \$ _____

Activos Bancarios:

Saldo cuenta corriente: \$ _____

Saldo caja de ahorros: \$ _____

¿Ha prestado el paciente servicio activo en EE.UU., en las Fuerzas Armadas, en las Reservas Militares o en la Guardia Nacional?

Sí No

Información del Seguro Médico:

Proveedor: _____

Número de Póliza: _____

Número de Grupo: _____

AHCCCS: _____

Fecha de venimiento: _____

Cobertura VA Sí No

¿Se encuentra el hogar por debajo del 400% del nivel federal de pobreza? Sí No

Ver la tabla que aparece a continuación

Tamaño del hogar:	1	2	3	4	5	6	7	8
400% Pautas Federales de Pobreza de 2023	\$58,320	\$78,880	\$99,440	\$120,000	\$140,560	\$161,120	\$181,680	\$202,240

Al firmar a continuación, reconoce que la información anterior es verdadera y correcta. Declaraciones falsas podrían descalificar al paciente para recibir esta o futuras asistencias por parte de National Kidney Foundation of Arizona

Firma del Paciente

Firma del Representante de la Clínica

Fecha

Por favor escribir el nombre (Representante de la Clínica)

Nombre de la Clínica

Fecha