

Sierra County Health Care Application

1. Patient/Paciente:

Last Name/Appellido First Name/Nombre Middle/Segundo Nombre

D.O.B./Fecha de Nacimiento SSN/No. Seguro Social Martial Status/Estado Civil: M D W S

Mailing Address/Direccion de Correspondencia:

City/Cudad State/Estado: Zip Code/Codigo Postal Telephone

***Please Circle All That Apply

2. Resident Alien Status: U.S. Citizen/Ciudadano de los Estados Unidos, Temporary/Residencia Temporal, Permanent/Residencia Permanente—Note/nota **if none of the above applies to you provide INS documents verifying status/si ninguno se aplica ha usted, consigne los documentos de la Inmigracion que esta en proceso

3. Residency/Residencia:

List physical address/Liste su residencia fisica:

Do you/Que Used: Rent/Renta, Own/Dueno, Shared rent with other members/Comparte con otros miembros del hogar, Supplied free of charge/Mantanimiento gratis, Homeless/Sin hogar

List prior physical residence if less than (1) year at the current address/Liste su residencia fisica si menos que (1) ano en la residencia ultima:

Address City State

(2) Non-Related References/(2) Referencias-NoRelacion

1.

2.

Name/Nombre Mailing Address/Direccion Zip Code/Codigal Postal Telephone

4. List all members in the home.Lista todos los miembros del hogar

Full Name/Nombre Complete DOB/Fecha de nacim SSN/Seguro Social Relationship to patient

Empty table lines for listing household members.

Attach a separate sheet for additional members living within the home/Junta otra pagina para listar todos miembros del hogar

5. Income/Ingreso:

Employer/Empleador: Gross Amt. Received \$

Employer/Empleador: Gross Amt. Received \$

Unemployment/Desempleo \$ Educational Assistance/Ayuda de Educacion \$

Welfare/(aka TANF) \$ Workmen’s Comp/Compensacion de Trabajo \$

Food Stamps/Estanpillas de comida \$ General Assistance/Asistencia General \$

SSA/SSI Benfits/Beneficios de Seguro Social Suplementario \$ Pension/Retiro \$

VA/Beneficios Veteranos \$ Other Income not listed/Otro ingreso no puesto \$

**If you are employed this year, provide current check stubs verifying type of income earned for all employed/Si usted estuvo empleado en este ano traiga talones de cheque corriente para poder comprobar el tipo de ingreso que entra a la casa para el empleado(s).

**Did the patient/or head of household file a Federal/State Income Tax Return last year?/? Usted complete formas de impuestos sobre los ingresos el gobierno Federaly del Estado? (please circle) YES/Si, NO (Earned/or Unearned Income/Ingresos Percibidos)

***If you were exempt from filing provide proof/Si usted esta exonerado traiga preuda.

*****Please Circle all that Apply*****

6. Other Insurance or Liability/Seguro de responsabilidad

Reason for medical treatment?/¿Porque razon fue el tratamiento?

Personal injury/Dano personal, Motor vehicle accident/Accidente de automovil (provide police report/consige el reporte de policia), **Work related injury/Dano en el trabajo, Illness/Enfermedad, Pregnancy/Embarazo,**

Other/Otra razon—Explain/Explique: _____

Provider Name/Proveedor Medico: _____ Date of Service/Fecha de Servivo: _____

Are there any liability claims or legal action pending as a result of this hospitalization?/¿Hay reclamos legales debido ha este servicio medico? **YES/Si NO**

Explain: _____

7. Medical Coverage/Cubertura medical

Is there any medical coverage for the family?/¿Hay cubricion medica para la familia? **YES/Si NO**

For the patient?/¿Para el paciente? **YES/Si NO**

Name of the Insurance?(include copy of card)/¿Nombre de la clase de seguro? (Incluya una copia de su tarjeta)

Does the patient or any other member of the household have Medicaid/Medicare?/¿Hay cubricion medica para el paciente o otro miembro del hogar de Medicaid/Medicare? **YES/Si NO**

8. Public Assistance/Otro tipo de asistencia publica

Has the patient or anyone else within the household recently applied for the following?/¿El paciente o otro miembro del hogar han aplicado para lo siguiente? **SSI/SSA (Disability/Encapacitado) Welfare (aka TANF)**

Date Filed/Fecha de registro: _____

Person that applied/Persona que aplico: _____

Explain if necessary/Explique la situacion: _____

9. Assets/Recursos o bienes

(Give value)

(Ponga El Valor)

Provides ALL proof of any investments or other properties owned by the applicant/patient or house hold unit as follows/Prueba de TODOS inversiones o propiedades propio para el aplicante/paciente o el establecimiento domestic

Personal Home/Casa propia(valor de su propiedad) \$ _____

Escrow Account/Cuenta en custodia de tercera persona \$ _____

Equity/Equidad \$ _____

Stocks or bond/Ostros inversiones \$ _____

Checking Accounts/Cuenta de cheque \$ _____

Savings Account/Cuenta de ahorro \$ _____

Investment/Inversiones \$ _____

If the patient is deceased, was there a life insurance?/¿Si el paciente expiro usted recibio compensacion de segurp?

YES/Si NO

Full Value/Valor Completo \$ _____ (Explain how excess proceeds were spent on comments of this application/Explique como uso los ganancias de exceso en el comentarios de esta application)

Have you sold any property(s) in the past year?/¿Usted ha vendido propiedad enel ultimo ano? **YES/Si NO**

Income from Sale/Ingresos de venta \$ _____

