



Aplicación y Documentos Necesarios Para Cirugía de Cataras

3100 N MacArthur Blvd. Irving, Texas 75062 | (979) 985-3022

1. Aplicación de Cornerstone
2. Aplicación de Alcón
3. Copia de la identificación del paciente
4. Documentos financieros del paciente o esposo/a
 1. Talones de cheque cuatro
 2. Papeles de Impuestos del mismo año
 3. Ingreso del Seguro Social o Seguro Social de deshabilitados, WIC, TANK, Estampillas
 4. Documentos de Medicare A, B, C, D
 5. Documentos de Aseguranza
5. Si usted es Vagabundo: Carta de la organización para verificar el estatus de la persona
6. Si el paciente no trabaja, necesitamos los ingresos del familiar o amigo a cargo de la persona aplicando
7. Lista de medicamentos

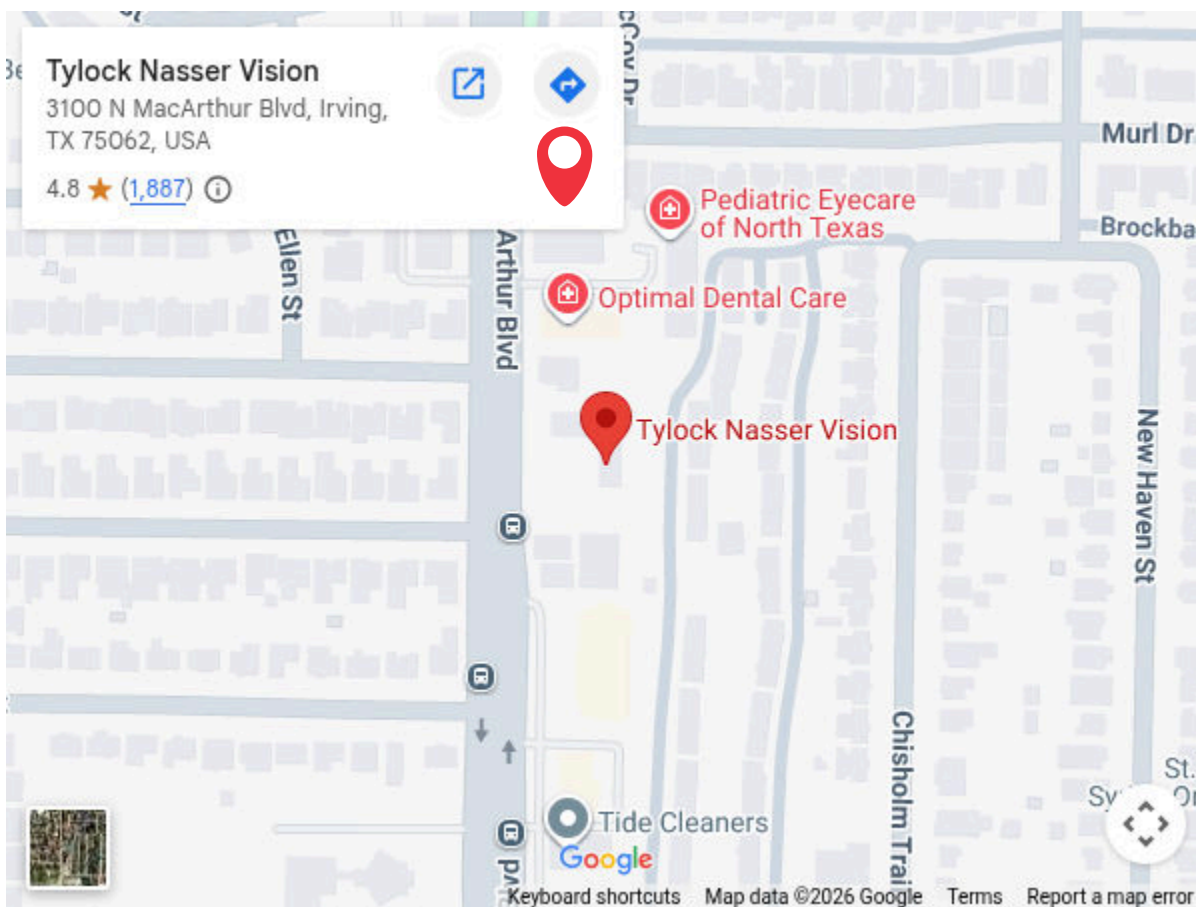
Usted puede traer estos documentos en persona al 3100 N Mac Arthur Blvd, Irving, Texas, 75062. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar a nuestra oficina al (979) 985-3022 o enviar un fax al (972) 570-1103.

Si alguna de la información que usted nos proporcione esta incorrecta o ausente, su solicitud será atrasada o descalificada.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____



3100 N MacArthur Blvd. Irving, Texas 75062 | (979) 985-3022



Desde Dallas (Este)

- Tome la TX-183 Oeste en dirección a Irving
- Salida por MacArthur Blvd
- Gire a la derecha (hacia el norte) en MacArthur Blvd
- Continúe aproximadamente 1 milla
- Tylock Nasser Vision estará a la derecha

Desde Fort Worth (Oeste)

- Tome la TX-183 Este en dirección a Irving
- Salga por MacArthur Blvd
- Gire a la izquierda (hacia el norte) en MacArthur Blvd
- Conduzca aproximadamente 1 milla
- La oficina estará a la derecha



Requisitos de la Fundación Crown Vision

3100 N MacArthur Blvd. Irving, Texas 75062 | (979) 985-3022

¿Quién puede calificar?

Debe ser residente del Condado de Tarrant, No Seguro y caer por debajo del 200% del Nivel Federal de Pobreza.

¿Qué necesitare para aplicar?

Prueba de identificación, Prueba de residencia del condado de Tarrant y Prueba de ingresos

Prueba de identificación

Debe proporcionar **UNA** de las siguientes opciones:

- Licencia de conducir válida o tarjeta de identificación emitida por el estado
- Tarjeta de residente permanente, Consular o Pasaporte
- Tarjeta TDJC
- Tarjeta de identificación TCHC o Refugio para Personas Sin Hogar
- Tarjeta de identificación del autobús

Prueba de residencia en Tarrant County

Debe proporcionar **UNA** de las siguientes opciones:

- Factura de servicios públicos con el nombre y la dirección del paciente
- Carta de la Agencia – Reingreso, Nuevas Vidas, Servicios Familiares
- Contrato de alquiler/arrendamiento a nombre del paciente
- Declaración Hipotecaria
- Documento de Seguros
- Carta de la Agencia Gubernamental

Prueba de ingresos del hogar

Debe proporcionar una de las siguientes opciones para todos los que se aplican:

- Talones de Cheque - los últimos 30 días **para todas las personas que viven en el hogar** mayores de 18 años
- Carta de adjudicación actual para SSI, RSDI, VA, Seguro Social o TANF
- Verificación salarial del empleador - Si se paga en efectivo
- Carta de Premio por Desempleo
- Compensación del trabajador
- Prueba de manutención infantil
- Año actual Información sobre el impuesto sobre la renta
- Formulario de verificación de asistencia
- Asistencia gubernamental (Estampillas, también conocidos como SNAP, Medicaid o TANF)
- Vivienda financiada por el gobierno (Sección 8)

Cómo envió mi solicitud?

Las solicitudes completadas se pueden llevar en persona a nuestra oficina, enviarse por fax al (972) 570-1103 o enviarse por correo electrónico a CrownVisionFoundation@tylock.com.

¿Cuánto tiempo durará el proceso?

Por lo general, toma de 3 a 4 semanas para revisar su solicitud y programar una cita de examen si califica.



Crown Vision Foundation Assistance Network Intake Form

3100 N MacArthur Blvd. Irving, Texas 75062 | (979) 985-3022

Información del Cliente

Nombre (Primero, Segundo, apellido):		Fecha:
Dirección Actual:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa:	Teléfono de Trabajo:	Cellular:
Correo Electrónico:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Contacto de emergencia:		Teléfono de contacto de emergencia:

Cornerstone no discrimina por motivos de raza, sexo, género, edad, capacidad lingüística y lengua, estado civil, discapacidad y cualquier otra característica protegida por la ley.

Información Demográfica

Raza/Etnicidad:		Ciudadanía:	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái /Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Ciudadano estadounidense	
<input type="checkbox"/> Negro / Afro-Americans	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Eligible, no ciudadano	
<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> No elegible, no ciudadano	
Sexo:	Veterano:	Discapacitado:	Bilingüe:
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Si
<input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No
Estado civil:		Nivel de Educación:	
<input type="checkbox"/> Soltero/Nunca Casado	<input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Menos de Preparatoria	<input type="checkbox"/> Preparatoria/ GED
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Unión Libre	<input type="checkbox"/> Un poco de universidad/ asociados	<input type="checkbox"/> Licenciatura
<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Grado avanzado	<input type="checkbox"/> Otro _____

Información del hogar

Estado de Empleo:		Ingresos anuales:		Fuentes de ingresos:	
<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia	<input type="checkbox"/> < \$10K	<input type="checkbox"/> \$21K-\$25K	<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> SSI/SSDI
<input type="checkbox"/> Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Retirado	<input type="checkbox"/> \$11K-\$15K	<input type="checkbox"/> >\$26K+	<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> TANF
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> \$16K-\$20K	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Pension/Veteran	<input type="checkbox"/> Otro
Estado de la vivienda:		Transportación:		Cantidad de personas en el hogar:	
<input type="checkbox"/> Propia Casa	<input type="checkbox"/> Vivienda de transición	<input type="checkbox"/> Autobús	<input type="checkbox"/> A Pie	<input type="checkbox"/> Niños (menos de 17): _____	
<input type="checkbox"/> Alquila	<input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Vehículo personal		<input type="checkbox"/> Adultos: _____	
<input type="checkbox"/> ¿Te quedas con alguien?	<input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Paseo recibido			

Indique TODAS las personas que viven actualmente en su hogar

Nombre	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Relación

POR FAVOR, COMPLETE TAMBIÉN LA PÁGINA POSTERIOR.

Programas

Por favor, clasifique su nivel actual de necesidad (siendo 1 el más bajo y 5 el más alto):

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

¿Qué beneficios principales ha solicitado o participado (marque todo lo que corresponda)?

<input type="checkbox"/> SSI/ SSDI	<input type="checkbox"/> JPS Connection	<input type="checkbox"/> Asistencia educativa	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> Estampillas de comida	<input type="checkbox"/> Section 8 Housing	<input type="checkbox"/> Workers Comp.	<input type="checkbox"/> Texas Workforce	<input type="checkbox"/> ACA Marketplace

Ingresos recibidos de cualquier fuente en los últimos 30 días:	Beneficios no monetarios recibidos en los últimos 30 días:
--	--

Fuente de ingreso:	Cantidad mensual:	Tipo de beneficios:	Cantidad mensual:
Empleo:		Estampillas de comida	
Desempleo		Medicaid	
Seguridad Social		Medicare	
SSI/ SSDI		CHIP	
Beneficios de Veteranos		VA Medical services	
Worker's comp		Section 8, Public Housing	
<i>Pensión alimenticia / manutención infantil</i>		Otra:	
TANF			
Otras fuentes:			

Gastos mensuales:

Tipo de Gastos:	Cantidad mensual:		
Renta / Pago de casa		¿Necesita documentos críticos?	
Electricidad		<input type="checkbox"/> Licencia de conducir válida	<input type="checkbox"/> Tarjeta de identificación válida
Agua		<input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro Social	<input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento
Gas		<input type="checkbox"/> Residente permanente	<input type="checkbox"/> TDCJ/TCHC
Cable/Internet		¿Está usted buscando cualquiera de los siguientes servicios?	
Seguro de Carro		Servicios de adición:	<input type="checkbox"/> Si
Pago de Carro			<input type="checkbox"/> No
Gasolina		Servicios de educación:	<input type="checkbox"/> Clases de GED
Comida		<input type="checkbox"/> Clases de computación	<input type="checkbox"/> Clases de ESL
Cuidado de niños		Recursos espirituales:	<input type="checkbox"/> Biblia
Manutención de ex/ de los hijos		<input type="checkbox"/> Iglesia	<input type="checkbox"/> Oración
Seguro medico		Situaciones familiares	<input type="checkbox"/> Educación Financiera
Recetas medicas		<input type="checkbox"/> Servios de inmigracion	<input type="checkbox"/> Coaching
Otros gastos:		<input type="checkbox"/> Apoyo emocional	<input type="checkbox"/> Asistencia legal
		<input type="checkbox"/> Servicios medicos	<input type="checkbox"/> Servicios Dentales
		<input type="checkbox"/> Oculista	<input type="checkbox"/> Consejería
		Servicios de reingreso	<input type="checkbox"/> Trabajo
		<input type="checkbox"/> Casa	<input type="checkbox"/> Transportación
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento paraentrevistas	<input type="checkbox"/> Servicios de curiculum vitae

Situaciones legales

<input type="checkbox"/> Condena por delito grave	<input type="checkbox"/> Caso abierto / pendiente	<input type="checkbox"/> Multas de tráfico/orden de arresto
<input type="checkbox"/> Condena de delito menor	<input type="checkbox"/> Probation/ Parole	<input type="checkbox"/> Casos civiles actuales

FIRMA DEL CLIENTE:	INDIVIDUO/ORGANIZACIÓN QUE LO REFIERO:
---------------------------	---

***Por favor, envíe primero la primera página para su preaprobación, junto con copias de los comprobantes de ingresos.**



Solicitud para el Programa de Cirugía para Pacientes Indigentes

Establecer el vínculo integral entre el proveedor de servicios de salud y nuestras comunidades locales para ayudar a preservar y restaurar la vista de las poblaciones desatendidas.

Alcon Cares, Inc.

Alcon Cares, Inc. (ACI) ofrece un programa voluntario de servicio público que proporciona productos a personas que cumplan con los requisitos, sin costo alguno. Cada solicitud está sujeta a aprobación, y su tramitación depende de los recursos disponibles en el momento. ACI se reserva el derecho de modificar o suspender este programa en cualquier momento. Los productos elegibles para reembolso no deben ser vendidos, intercambiados ni utilizados para ningún otro fin.

ACI Información del contacto

Teléfono: 800.222.8103

Enviar por fax a: 866.594.1579

Correo electrónico para: Indigent.Surgery@Alcon.com

Información de contacto de la cirugía

Centro quirúrgico y número de cuenta: _____

Nombre de contacto del centro quirúrgico: _____

Correo electrónico de contacto del centro quirúrgico: _____

Sección de información del paciente

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

_____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Estado civil: Soltero Casado Viudo

U.S. Citizen: Si No

Número de personas que sostienen económicamente al hogar: _____ Número de personas dependientes de los ingresos del hogar: _____

El paciente tiene Medicare? Si No Tipo de plan de Medicare: _____

Ingreso anual total del hogar (bruto): _____

Por favor, proporcione documentos que respalden sus ingresos, tales como su declaración de impuestos federales más reciente u otra prueba de los ingresos del hogar.

Autorización del paciente: Certifico que he proporcionado a mi médico prescriptor todos los consentimientos necesarios que lo autorizan a divulgar mi información de salud a ACI. A menos que sea revocada, esta autorización permanecerá vigente durante la duración de mi participación en el programa.

Declaración de privacidad: Entiendo y acepto que ACI y las partes que actúan en su nombre pueden utilizar y divulgar mi información para determinar mi elegibilidad para este programa; administrar y mejorar los programas, productos y servicios de ACI; comunicarse conmigo con respecto a mi experiencia con este programa; enviarme materiales educativos y otra información útil y actualizaciones relacionadas con los programas de ACI; y/o, según ACI considere necesario o apropiado conforme a la ley aplicable, para presentar los informes y trámites gubernamentales requeridos, cumplir con procesos legales, responder a solicitudes de autoridades gubernamentales y proteger nuestros derechos, privacidad, seguridad o propiedad. Asimismo, entiendo que, una vez divulgada mi información, ACI no puede controlar la manera en que los destinatarios utilizarán o divulgarán posteriormente dicha información.

Declaración sobre gastos de medicamentos incurridos: Entiendo y acepto que el valor de cualquier medicamento gratuito que se me proporcione en virtud de este programa no se considera un gasto real de bolsillo ("TrOOP") bajo la Parte D del programa Medicare ni bajo ningún otro plan de medicamentos recetados. Asimismo, acepto que no solicitaré ningún reembolso por los medicamentos obtenidos a través de este programa.

Declaración del solicitante sobre la exactitud y la integridad de la información: Certifico que la información contenida en este formulario es correcta y completa. En caso de ser necesario, ACI podrá solicitar y obtener información adicional sobre mis ingresos o los de mi familia con el fin de inscribirme en el Programa. Por favor, indique su conformidad con estos términos estampando sus iniciales aquí: _____

Reconocimiento del paciente: Reconozco que mi participación en el programa está sujeta a la aprobación de ACI, y que ACI se reserva expresamente el derecho de rechazar mi participación. Por favor, indique su conformidad con estos términos firmando a continuación.

Firma del paciente: _____ **Fecha:** _____

Para uso interno exclusivo de Alcon Cares, Inc.

Aprobado

Rechazado

Si la solicitud de su paciente ha sido aprobada, por favor devuelva este formulario con la segunda página completada en un plazo de 90 días tras la realización de la cirugía para recibir el crédito.

La solicitud de su paciente no ha sido aprobada por la(s) siguiente(s) razón(es):



Surgery Program Application

AlconCares™

Healthcare Indigent Provider Patient Section

Nombre del centro quirúrgico: _____

Correo electrónico de contacto del centro quirúrgico: _____

Nombre de contacto del centro quirúrgico: _____

Dirección de la instalación quirúrgica: _____

Ciudad Estado Codigo Postal Teléfono

Licencia estatal de proveedor de atención médica #: _____ Estado: _____

Nombre del proveedor de atención médica: _____
 Primero Ultimo

Horario de atención del proveedor de salud: _____ Nombre del contacto de la oficina: _____

Número de identificación fiscal #: _____ Proveedor de Medicare #: _____

Los productos listados se abonarán a la cuenta del proveedor de atención médica. **ACI reconoce que el proveedor de atención médica prescriptor tiene la responsabilidad exclusiva de determinar el producto más adecuado para su paciente.**

Nombre del paciente: _____ DOB: _____

Tipo de cirugía (cataratas, glaucoma, vitreorretiniana, etc.): _____

Alcon Products Used (except IOLs)

Product Number	Lot Number	Description	Quantity

Nota: Incluya únicamente los productos quirúrgicos vendidos o distribuidos por Alcon. Este programa no se aplica a los productos vendidos o distribuidos por Novartis.

Alcon IOLs Used

Lens Style	Serial Number	Diopter	Left or Right Eye

Si requiere líneas adicionales, por favor copie este formulario, complete la sección de productos con los productos adicionales y adjúntelo a la solicitud.

Certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y entiendo que los medicamentos suministrados al paciente elegible se cargarán a mi cuenta. No presentaré ninguna reclamación de reembolso ante ningún tercero pagador, ya sea público o privado (p. ej., Medicaid, Medicare, seguros privados, etc.), por los productos utilizados en un paciente elegible en el marco de este programa. Asimismo, certifico que he obtenido todos los consentimientos necesarios que me autorizan a divulgar información de salud protegida a ACI. Ni yo ni la institución cobraremos a ningún paciente que reciba productos gratuitos en virtud de este programa, ni a ningún tercero, por los servicios prestados por mí o por la institución. Entiendo que la participación en este programa no tiene por objeto servir como incentivo o recompensa por recomendar o utilizar ningún producto de Alcon. Además, entiendo que los productos suministrados en el marco de este programa no pueden venderse ni intercambiarse, ni pueden devolverse para obtener un crédito. Mi firma a continuación confirma que acepto estos términos, tal como se detallan en las Pautas adjuntas, y que existe una necesidad médica válida para la prescripción de este paciente.

Firma del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

Si corresponde, nombre del médico colaborador: _____

Licencia estatal #: _____

Por favor, indique el número de cuenta para recibir el crédito: _____

Pautas

El programa está abierto a cualquier paciente particular de un proveedor de atención médica con licencia en los EE. UU. que cumpla con las pautas financieras aquí establecidas y que no pueda costear los productos requeridos. La elegibilidad se basa en varios factores, incluidos los límites de ingresos vinculados a las cifras de la Oficina del Censo del Gobierno de los EE. UU. Dado que los documentos de las pautas son extensos y complejos, no los incluimos aquí, pero podemos explicárselos por teléfono. La información pertinente de la Oficina del Censo del Gobierno de los EE. UU. puede consultarse en fuentes públicas, tales como Internet o las bibliotecas. No obstante, es probable que los pacientes califiquen en la prueba de ingresos si estos equivalen al 250 % (dos veces y media) del nivel de pobreza del año en curso, según el número de personas que residan en el hogar. Las pautas vigentes del Departamento de Salud y Servicios Humanos pueden consultarse en <http://aspe.hhs.gov/poverty/>.

Requerimos que el proveedor de atención médica complete la sección que le corresponde en la solicitud en nombre de su paciente. Asimismo, el proveedor de atención médica se compromete a no promocionar activamente el programa más allá de informar a sus pacientes sobre su existencia y disponibilidad. No existen requisitos de compra de productos por parte del paciente para participar en el programa. El proveedor de atención médica también se compromete a someterse a una auditoría —en caso de ser necesaria— de sus instalaciones y del funcionamiento del programa, a fin de garantizar el cumplimiento de estas pautas.

No se aplican cargos al paciente ni a terceros por los servicios o productos proporcionados en el marco de este programa.

No hay cargos para los pacientes ni para los proveedores de atención médica por el acceso a este programa.

Las pautas del programa se basan en la capacidad del fabricante para donar productos. Nos gustaría atender todas las solicitudes, pero no nos es posible. Nuestros criterios, pautas y límites nos ayudan a satisfacer las necesidades de aquellos pacientes que se encuentran en mayor situación de necesidad.

Para realizar consultas sobre el programa u obtener la solicitud más reciente, llame a ACI al 1-800-222-8103 o envíe un correo electrónico a indigent.surgery@alcon.com. Los pacientes deben comunicarse con su proveedor de atención médica, quien podrá obtener nuestra solicitud; esta servirá para evaluar la elegibilidad basándose en los ingresos, la información del hogar, los datos médicos y otros factores.

Proceso de solicitud y requisitos:

- El proveedor de atención médica completa la primera página de la solicitud y la envía a ACI para su revisión y aprobación antes de la cirugía.
- ACI revisará la primera página de la solicitud y notificará al proveedor de atención médica sobre su estado.
- Si la solicitud del paciente es aprobada, el proveedor de atención médica completará la segunda página de la solicitud una vez realizada la cirugía y la enviará a ACI por correo electrónico, fax o correo postal (consulte los detalles a continuación).
- No se aceptarán solicitudes incompletas o ilegibles.

Las solicitudes completas pueden enviarse utilizando uno de los siguientes métodos:

Correo electrónico: indigent.surgery@alcon.com

Fax: **866-594-1579**

Correo: **Alcon Corporate Giving • TC39 • 6201 South Freeway • Fort Worth, TX 76134-0450.**

Si no se requiere información de seguimiento y la solicitud ha sido aprobada, iniciaremos el proceso para abonar a la cuenta del proveedor o centro de atención médica.

En caso de que se deniegue la solicitud de un paciente, se enviará una carta al proveedor de atención médica o a la institución, en la que se expondrán los motivos de la denegación y las acciones necesarias para volver a presentar la solicitud. En los casos en que no se cumplan los criterios requeridos, la solicitud no será elegible para su nueva presentación.

Se permite el uso de un poder notarial; no obstante, se debe proporcionar la documentación pertinente a ACI cuando el paciente se encuentre físicamente imposibilitado para firmar la solicitud. Asimismo, se permite que el personal del consultorio del proveedor de atención médica actúe como testigo de la firma cuando el paciente tenga dificultades para firmar su nombre, siempre que dicho personal certifique haber presenciado el momento en que el paciente firmó.



Declaración de ingresos nulos

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

1. Firmo esta carta para declarar que, actualmente, no percibo ningún ingreso de ninguna fuente. Mi sustento económico proviene de (por favor, describa):

¿Presentó una declaración federal de impuestos sobre la renta en los últimos dos años?
(círcule una opción) No Sí. En caso afirmativo, envíe una copia de su declaración federal de impuestos más reciente.

2. Acepto notificar al proveedor mencionado anteriormente sobre los cambios en mis ingresos dentro de los 30 días siguientes al cambio.
3. _____ es residente del _____ vivienda y no tiene ingresos.
4. Entiendo que, al completar, firmar y fechar este formulario, declaro que no tengo ingresos familiares y que la información que proporciono es correcta. Entiendo que proporcionar información falsa puede resultar en la denegación de los servicios.

Firma del paciente: _____

Profesional de referencia: _____

1. Certifico que el paciente mencionado anteriormente no cuenta con fuente de ingresos y cumple con los requisitos para recibir los servicios descritos en las Pautas de la solicitud de cirugía para pacientes indigentes de Alcon.

Firma del proveedor: _____



Servicios de Salud: Verificación de Asistencia y/o Residencia

3100 N MacArthur Blvd. Irving, Texas 75062 | (979) 985-3022

Por favor de completar y firmar esta forma por la persona que proporciona el apoyo.

Yo, _____ verifico que _____ vive en
Nombre de la persona que presta asistencia Nombre del solicitante

Dirección del solicitante Ciudad Estado Postal

Asistencia financiera:

¿Proporciona asistencia financiera al solicitante? Sí NO

¿Reclama al solicitante en su declaración de impuestos federales más reciente? Sí NO

¿Qué tipo de asistencia proporciona al solicitante?

Alquiler Hipoteca Facturas de Servicios públicos Alimentos Artículos Personales Transporte

Efectivo/cheque Otro: _____

Por favor indica cuánto y con qué frecuencia se presta la asistencia financiera.

\$ _____ Semanal Mensual Otro: _____

Asistencia de Residencia:

¿El solicitante reside en su dirección? Sí NO

¿Cuánto tiempo ha vivido el solicitante en esta dirección? _____

¿El solicitante contribuye para ayudar con el alquiler y / o las facturas de servicios públicos? Sí NO

En caso afirmativo, ¿cuánto y con qué frecuencia?

\$ _____ Semanal Mensual Otro: _____

La información proporcionada se utilizará únicamente para determinar si el solicitante califica para nuestros servicios. Yo Certifico que la información es verdadera y correcta. Además, entiendo que proporcionar información falsa puede resultar en la denegación o terminación de los servicios para el solicitante.

Firma de la persona que proporciona asistencia: _____ Fecha: _____

Relación al Paciente: _____