



Luz Del Mundo – Light of the World Clinic, Inc.

806 E. Prospect Rd., Oakland Park, FL 33334

Phone: 954-563-9876 Fax: 954-563-3670



Caja 1 Referido Por: _____ Fecha de hoy: _____

Usted tiene seguro medico o dental? SI _____ NO _____

Aplicación para: Individual Familia de _____ personas Nueva Aplicación Renovación de Aplicación

Indique si recibe beneficios de: Medicaid Medicare Medical Disability Workmans Compensation
 Kidcare _____ Otra clínica/oficina _____

Nombre _____
 (Apellido) (Nombre)

Dirección: _____
 (Calle) (Ciudad/Estado) (Código Postal)

Fecha de Nacimiento _____ Seguro Social o TIN #: _____ Sexo: Hombre / Mujer

Raza: Blanco Negro Asiático Indio Americano Hawaiano Etnicidad: Hispano Otro: _____
 (Por favor marque su raza y etnicidad)

Teléfono: (____) _____ (____) _____ Email: _____
 (Casa) (Celular)

Status Civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo Unión Libre (Por favor marque su status civil)

Contacto de Emergencia: _____ (____) _____
 (Nombre y apellido) (Teléfono)

Caja 2
 Cuantos en la familia? Adultos _____ Menores de 18 anos _____ 18-21--Estudiante _____ Unborn _____ TOTAL _____

Miembros de la Familia	Fecha nacimiento	EMPLEADOR	INGRESO MENSUAL (BRUTO)	INGRESO MENSUAL DE OTRO LUGAR
Usted		_____ Dirección: _____ _____ Occupation: _____	\$ _____	\$ _____
Esposa			\$ _____	\$ _____
Nino			\$ _____	\$ _____
Nino			\$ _____	\$ _____
Nino			\$ _____	\$ _____
		INGRESO TOTAL	\$ _____	\$ _____
			INGRESO TOTAL DE FAMILIA TRABAJO + OTRO =	INGRESO TOTAL FAMILIAR
			\$ _____	\$ _____

USE CURRENT YEAR FEDERAL POVERTY GUIDELINES FOR INCOME DETERMINATION

Caja 3 Por la presente certifico que, conforme a mi mejor saber y entender, la información que estoy proporcionado de mi situación financiera es verdadera y correcta. Entiendo que la información proporcionada está sujeta a verificación por el Departamento de Salud. Entiendo que antes de mi próxima visita, tengo la responsabilidad de informar al Departamento de Salud de cualquier cambio en mi estado civil y financiero y/o en el estatus de mi seguro medico. Reconozco haber recibido EL Aviso Sobre Normas de Privacidad del Departamento de Salud.

X
Firma del Paciente / Padre(s) o Custodio
6/23/10

DEPARTMENT OF HEALTH VOLUNTEER OR STAFF DATE
(VALID FOR ONE YEAR) Expiration date: _____

El aplicante debe presentar COPIAS de los siguientes requisitos, los cuales serán estudiados por la clínica para su aprobación.

1. COPIA de 2 formas de identificación para cada persona que está sometiendo aplicación.
2. Prueba de vivienda o residencia:
 - a. COPIA del contrato de alquiler con copia de los 3 últimos recibos de pago de renta.
 - b. COPIA de la hipoteca con copia de los últimos 3 recibos.
 - c. Si no tiene contrato de alquiler o propiedad - puede someter una carta notariada (ORIGINAL) por el dueño del hogar describiendo los detalles de su contrato.
 La carta tiene que incluir:
 - cuanto pagan mensual
 - la dirección completa
 - si incluye luz/teléfono
 - fecha cuando se termina el contrato.
3. Prueba de ingreso:
 - a. COPIA de los 3 últimos desprendibles del cheque de pago para todos los adultos en la familia.
 - b. Si le pagan en efectivo o trabaja por sí mismo, necesita una carta notariada (ORIGINAL) verificando empleo.
 - c. Si la persona no trabaja, también necesita una carta notariada (ORIGINAL) donde declara que no trabaja y no tiene ingreso.
4. COPIAS de los últimos recibos de luz y teléfono.
5. COPIA de la declaración de impuestos más reciente.
6. COPIA de la registración de todos los vehículos.

BOX 4 BUDGET COMPUTATION (To be completed by clinic staff if family income is above federal poverty level.)		
Step 1.	Total "GROSS MONTHLY EARNED INCOME" (before deductions) for family unit (Wages, Salary, Tips).	(1) \$ _____ (Above)
Step 2.	Subtract \$90 for <u>EACH</u> employed member of the family unit.	(2) \$ _____ (Minus)
		(3) \$ _____ (Total)
Step 3.	Subtract childcare <u>PAID</u> each month (up to \$175 per child age 2 and older; up to \$200 per child under age 2).	(4) \$ _____ (Minus)
	TOTAL NET <u>EARNED</u> INCOME	(5) \$ _____ (Total)
Step 4.	Total "GROSS MONTHLY UNEARNED INCOME" for the family unit (VA, SSA, Unemployment Compensation, Child Support) (DO NOT INCLUDE TANF OR SSI PAYMENTS).	(6) \$ _____ (Above)
Step 5.	Subtract up to \$50 per month of total child support received.	(7) \$ _____ (Minus)
	TOTAL NET <u>UNEARNED</u> INCOME	(8) \$ _____ (Total)
Step 6.	Add Total Net <u>Earned</u> Income and Total Net <u>Unearned</u> Income.	(9) \$ _____ (Total)
	ADJUSTED TOTAL NET INCOME FOR FAMILY UNIT	(9) \$ _____ (Total)