

# Evaluación De Los Ingresos Del Paciente

Fecha \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

_____	_____	_____
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
_____/_____/_____	_____	_____/_____/_____
Fecha de Nacimiento		Número de Seguro Social

Todas las personas viviendo en la misma casa (**con usted en los Estados Unidos**) que estén relacionados por sangre, matrimonio, adopción legal, y/o conocido en la definición de un dependiente de impuestos.

\$ \_\_\_\_\_  
Ingreso Total Mensual

\_\_\_\_\_  
Miembros de la Familia

## Fuentes de Ingresos:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Salarios, sueldos, propinas, comisiones   | <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social                               |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Pública  | <input type="checkbox"/> Pensiones y pagos de mensualidades de manutención de niños |
| <input type="checkbox"/> Compensación por Desempleo  | <input type="checkbox"/> Compensación por accidentes de trabajo                     |
| <input type="checkbox"/> Pensión   | <input type="checkbox"/> Ganancias por Negocios                                     |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos   | <input type="checkbox"/> Ganarías Netas de Trabajo por cuenta propia                |
| <input type="checkbox"/> Ingresos Netos por Inversiones (renta, interés, dividendos)                                       |   |
| <input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo o abonos de alguna otra fuente de ingresos disponible para la familia. |   |

## *For LCHHS Use Only*

### Income documentation provided:

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Current payroll or check stub | <input type="checkbox"/> Other _____ |
| <input type="checkbox"/> Award Letter                  | _____                                |
| <input type="checkbox"/> Court Documents               | _____                                |
| <input type="checkbox"/> Tax Returns                   |                                      |
| <input type="checkbox"/> Current Commissions Statement |                                      |

FPL: \_\_\_\_\_ % discount eligible for: \_\_\_\_\_

Verified by: \_\_\_\_\_ Input into OCHIN: \_\_\_\_\_