

**JEFFERSON COUNTY PROJECT ACCESS
SOLICITUD DE SERVICIOS**

SU INFORMACIÓN			
Apellido:		Nombre Completo:	
Fecha de nacimiento:	SSN:	Número de Teléfono:	
Domicilio:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
_____ Hombre _____ Mujer	Estado Civil:	Número de Celular:	
INFORMACIÓN SOBRE EL EMPLEO			
Lugar de Empleo:			
Dirección del empleador:		Tiempo que lleva con este empleador:	
Numero de Teléfono	Correo Electrónico:	Fax:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Posición:	Por hora O Salario	Ingresos Anuales:	
EN CASO DE EMERGENCIA			
En Caso de Emergencia llame a:			
Dirección de Correo:		Teléfono:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Relación con usted:			
INFORMACIÓN DE SU CÓNYUGE			
Apellido:		Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:	Numero de Seguro Social:	Numero de Teléfono:	
INFORMACIÓN DE EMPLEO DE SU CÓNYUGE			
Lugar de Empleo:			
Dirección de Correo del empleador:		Tiempo en este empleo:	
Numero de Teléfono:	Correo Electronico:	Fax:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Posición:	Por hora O Salario	Ingresos Anuales:	
INFORMACION DE SUS DEPENDIENTES			
Nombres, numero de seguro social, fecha de nacimiento, y relación			
Nombre	Numero de seguro social	Fecha de nacimiento	Relación con usted
FUENTE DE REFERENCIA			
Quien lo refirió :		Numero de teléfono:	

**JEFFERSON COUNTY PROJECT ACCESS
SOLICITUD DE SERVICIOS**

INFORMACION FINANCIERA			
Ingresos / Bienes Personales		Gastos Mensuales	
Seguro Social	Efectivo	Hipoteca	Otros Gastos:
SSI (ingresos de seguro social) / ¿Quién recibe estos beneficios?)	Cuenta de Ahorros	Arriendo	Otros Gastos:
Pensión de Veteranos	Cuenta Corriente	Electricidad	Otros Gastos:
Desempleo	Inversiones	Gas	Otros Gastos:
Worker's Compensation (Compensación)	Life Insurance (Seguro de Vida)	Teléfono	Otros Gastos:
Interest Income (Ingresos por intereses)	Propiedad	Agua	Otros Gastos:
Ingresos Divididos	Financial Settlement (Adjustos Financieros)	Comida	Otros Gastos:
Child Support (Manutención de Menores/Niños)	Otras entradas	Gasolina	Otros Gastos:
Alimony (pensión alimenticia)		Pago de automóvil	Otros Gastos:
Alquiler		Seguro de automóvil	
WIC		Daycare (guardería infantil)	
Food Stamps (Cupones de Alimentos)		Child Support (Manutención de Menores)	
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL

**JEFFERSON COUNTY PROJECT ACCESS
SOLICITUD DE SERVICIOS**

Si usted no trabaja, quien lo apoya financieramente? Nombre:	Relación con usted:
---	---------------------

INFORMACION DE SEGURO MEDICO/DISCAPACIDAD (DISABILITY)

¿Usted tiene seguro medico? Nombre:	¿El empleador suyo o de su cónyuge ofrece seguro medico?	Si su empleador ofrece seguro medico ¿cuanto le cuesta a usted o su cónyuge al mes?	<i>Note: Pedimos una carta de parte de su empleador indicando los beneficios de seguro medico e importes de la prima.</i>
--	--	---	---

Insurance available through Seguro medico a través de (nombre de empleador):	¿Ha solicitado Discapacidad (Disability)/SSI? ¿Fecha que lleno solicitud?	Si fue aprobado, fecha de efectividad: <i>(pedimos carta original con fecha de aprobación)</i>
--	--	---

INFORMACION DEMOGRAFICA

Es usted un veterano de los servicios militares de los EEUU?	Lugar de Nacimiento: Lugar de ciudadanía:
¿En cual idioma prefiere comunicarse?:	¿Usted habla otro idioma?

DECLARACION DE ENTENDIMIENTO

Prometo que toda la información que he declarado en esta solicitud es verdadera. Jefferson County Project Access (JCPA) está autorizado para revisar mi historial de crédito y empleo. Si me admiten al programa de JCPA, le doy permiso a JCPA para divulgar la información anterior, tanto médica como financiera, a las compañías farmacéuticas y los médicos que participan en mi cuidado médico. Si me admiten, me comprometo a cumplir con las políticas y procedimientos del programa JCPA. Entiendo que el JCPA es un programa destinado a ayudar a las personas durante un tiempo limitado.

Firma: _____ Fecha: _____



INFORMACIÓN MÉDICA**Escriba una lista de sus problemas
medicos conocidos:****Escriba una lista de todos los medicamentos
(con receta y de venta libre) que ha
consumido durante el año pasado :**

HISTORIA DE LA ATENCIÓN MEDICA

Lista de médicos y hospitales que le han proveído atención medica durante los últimos cinco años

Nombre del médico u hospital	Ciudad/Estado	Numero de Teléfono