AGENCIA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE YOLO

FORMULARIO FINANCIERO

NOMBRE DEL CLIENTE: _____

Apellido **Nombre** **Segundo nombre**

N.º de MEDI-CAL (si corresponde): _____

N.º de MEDICARE (si corresponde): _____

FECHA DE INGRESO: _____

Mes **Día** **Año**

SOLO COMPLETE ESTA SECCIÓN SI TIENE OTRO SEGURO:

NOMBRE DEL SUSCRIPTOR: _____

Apellido Nombre Segundo nombre

RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR: _____

(p. ej., usted mismo, cónyuge, hijo, hijastro, etc.)

FECHA DE NACIMIENTO DEL SUSCRIPTOR: _____

Mes Día Año

SEXO DEL SUSCRIPTOR: ☐ MASCULINO ☐ FEMENINO

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SUSCRIPTOR: _____

DOMICILIO DEL SUSCRIPTOR: _____

CIUDAD DEL SUSCRIPTOR: _____

CÓDIGO POSTAL DEL SUSCRIPTOR: _____

CONDADO DEL SUSCRIPTOR: _____

ESTADO DEL SUSCRIPTOR: _____

TELÉFONO DE LA CASA DEL SUSCRIPTOR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO DEL SUSCRIPTOR: _____

N.º DE GRUPO MÉDICO DEL SUSCRIPTOR: _____

N.º DE PÓLIZA DEL SUSCRIPTOR: _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DE ARRIBA ES VERDADERA Y CORRECTA. ENTIENDO Y ACEPTO PAGAR LA CANTIDAD QUE DEBO EN EL TIEMPO APROPIADO, INCLUIDO EL COSTO COMPARTIDO DE MEDI-CAL. AUTORIZO LA REVELACIÓN DE LA INFORMACIÓN NECESARIA PARA PROCESAR RECLAMOS DEL SEGURO, MEDICARE O MEDI-CAL Y AUTORIZO EL PAGO DE ESTOS BENEFICIOS A LA AGENCIA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE YOLO. ME DIERON UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO.

Firma (consumidor o parte responsable) **Fecha** **Completado y presenciado por**

SOLO PARA USO DEL CONDADO

N.º DE EXPEDIENTE MÉDICO DEL CLIENTE: _____

MEDI-CAL VERIFICADO: ☐ **SÍ** ☐ **NO**

GARANTE PRINCIPAL: _____

GARANTE SECUNDARIO: _____