



## Choptank Community Health Systems, Inc Aplicación de la tarifa de desplazamiento

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### CERO INGRESOS

POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN SÓLO SI USTED NO TIENE NINGUNA FUENTE DE INGRESOS

Nombre del último empleador \_\_\_\_\_ Fecha de último empleo: \_\_\_\_\_

Explique cómo se cumplen sus necesidades básicas:

Comida: \_\_\_\_\_

Utilidades: \_\_\_\_\_

Abrigo: \_\_\_\_\_

### La siguiente información debe ser completada por la persona con quien usted vive.

Fecha: \_\_\_\_\_

Esto es para confirmar que \_\_\_\_\_ vive en mi casa / apartamento.

\_\_\_\_\_ Que actualmente me paga: \$ \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Es incapaz de hacer pagos en este momento ya que no tiene ningún ingreso.

\_\_\_\_\_  
*Dirección* *Ciudad/Pueblo* *Estado* *Zip*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono* *Teléfono alternativo*

Entiendo que debo informar a Choptank Community Health Systems, Inc. de cualquier cambio dentro de diez días. Al firmar esta declaración, también entiendo que cualquier inexactitud de la información que proporcione Choptank Community Health Systems, Inc. se considera un fraude federal penado por la ley, como multas o prisión.

\_\_\_\_\_  
*Nombre impreso del paciente de la persona está viviendo con la* *Firma de la persona paciente vive con* *Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Nombre del paciente* *Firma del paciente* *Fecha*