



Determinación de Elegibilidad para Cuidado Comunitario

Por favor, envíe por correo a:
The CBO Solutions
Summit Pacific Medical Center
P.O. Box 2726
Spokane, WA 99220
Teléfono: 1-888-292-8810

Fecha de la solicitud: _____

Nombre del Paciente: _____ Número de cuenta del paciente: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

He adjuntado a esta solicitud una copia del comprobante de ingreso de mi familia, ya que 12 meses de verificación de ingresos es requerido para la determinación de la elegibilidad de atención comunitaria. Ejemplos de verificación de ingresos pueden ser recibos de sueldo, declaraciones de impuestos, estados de cuenta bancarios, etc. Si la prueba de ingresos no está disponible, o si no hay ingresos para verificar, por favor explique su situación financiera en el reverso de esta solicitud.

Tamaño Familiar _____ (Por favor enumere nombres de los miembros de la familia y la relación con la persona responsable)

Nombre de familiar	Parentesco
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ingreso total del hogar de todas las fuentes durante los últimos 12 meses: \$ _____

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta hasta lo mejor de mi conocimiento. También entiendo que si la información que he presentado se determina como falsa, dicha determinación dará lugar al rechazo de esta solicitud; seré responsable y pagaré por los servicios prestados.

Firma del solicitante _____ Fecha _____