



Caring is our Reason for Being

400 East First Street • Morris, MN 56267 • 320-589-1313 • www.scmcinc.org

# APLICACIÓN PARA CUIDADO DE LA COMUNIDAD DE STEVENS

## PACIENTE/ INFORMACIÓN DE LA PARTE RESPONSABLE ACTUAL SEGURO MÉDICO

Nombre \_\_\_\_\_ Compañía de seguros \_\_\_\_\_  
 Dirección \_\_\_\_\_ Póliza # \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/Estado/Código postal \_\_\_\_\_ Medicare # \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  
 Teléfono \_\_\_\_\_ Medicaid # \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre de cónyuge \_\_\_\_\_ Es Ud. Miembro de Minnesota Senior Federation ? \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### DEPENDES Use una hoja adicional si es necesario

Nombre(s)	Fecha(s) de nacimiento	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### INGRESO MENSUAL ( Ingresos Brutos )

### INFORMACIÓN DE EMPLEO

Paciente	\$ _____	Paciente: Empleado	Trabajador independiente	Desempleado	Retirado
Cónyuge	\$ _____	Cónyuge: Empleado	Trabajador independiente	Desempleado	Retirado
Intereses/Dividendos	\$ _____				
Manutención/Otro	\$ _____				
TOTAL	\$ _____				

**Esta información es verdadera y correcta a lo mejor de mi entendimiento, y yo autorizó a SCMC para procesar mi aplicación. Yo estoy de acuerdo de notificar a SCMC por algún cambio en la cobertura de seguro, empleo, dependes o cualquier otra información de ingresos. SCMC se reserva los derechos de solicitar a los clientes que re-aplique. Si yo he aplicado para MNSure o algún otro programa de Asistencia Médica. Yo autorizo a SCMC para discutir mi información con aquellos afiliados según sea necesario para coordinar el potencial de cobertura de mi seguro.**

Fecha \_\_\_\_\_ Firma del solicitante \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Firma del Cónyuge \_\_\_\_\_  
 Fecha \_\_\_\_\_ Aprobación Administrativa de SCMC \_\_\_\_\_  
 Elegible \_\_\_\_\_ No-Elegible \_\_\_\_\_