



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 \$ _____

INFORMACIÓN BANCARIA

Nombre del Banco _____
 Balance de Ahorros \$ _____ Cheques \$ _____
 Valor Total de Activos Líquidos \$ _____

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 _____