



Patient Household and Income Information

This form is to be completed using the Head of Household's information

Head of Household's First Name	MI	Head of Household's Last Name	Head of Household's DOB
---------------------------------------	-----------	--------------------------------------	--------------------------------

Person Completing Form: Self Other(specify):

I do not wish to provide income information at this time. I understand by not providing this information, myself and/or my family will not be eligible to receive any services at a discounted rate.

Family Members

Please list below the name(s), DOB(s) and relationship(s) of all members of the household:

Name	DOB	Relationship	Patient Y/N

Income Information

What is the Head of Household's hourly rate? \$

How many hours per week, does the Head of Household work?

How is the Head of Household paid? Weekly Bi-Weekly Monthly

Please list any additional income information for member(s) of your household below:

What is their hourly rate? \$

How many hours per week, does this person work?

How is this person paid? Weekly Bi-Weekly Monthly

What is their hourly rate? \$

How many hours per week, does this person work?

How is this person paid? Weekly Bi-Weekly Monthly

Other Types of Income (Check all that apply)

<input type="checkbox"/> SSI/SSD <input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Social Security <input type="checkbox"/> Pension <input type="checkbox"/> Worker's Comp <input type="checkbox"/> Other: _____	\$
	Total Monthly Amt.

I testify that the information above and documentation provided is an accurate and complete attestation of my household's current income. I understand that it is my responsibility to notify Finger Lakes Community Health of any changes that may occur to my household's financial situation.

Signature

Date

Información de Familia y Financiera del Paciente

Este formulario debe de ser completado con la información de la persona principal de la familia.

Nombre del Jefe de Familia	MI	Apellido del Jefe de Familia	Fecha de Nacimiento
Persona llenando este Formulario: <input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Otro (especifique):			
<input type="checkbox"/> No deseo dar informacion sobre los ingresos en este momento. Entiendo que al no dar la información yo y/o mi familia no podran recibir ningún servicio a un precio reducido.			
Miembros de Familia			
Lista de personas en la familia: Nombre , fecha de nacimiento, relación, y si es paciente o no:			
Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Paciente S/N
Información Financiera			
¿Cuál es el salario por hora del jefe/jefa de familia?		\$	
¿Cuántas horas por semana trabaja el jefe/jefa de familia?			
¿Cómo le pagan al jefe/jefa de familia? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada quincena <input type="checkbox"/> Mensual			
Por favor liste ingresos de otros miembros de la familia que proveen entrada financiera a la familia:			
¿Cuál es el pago por hora?		\$	
¿Cuántas horas trabaja esta persona por semana?			
¿Cómo le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada quincena <input type="checkbox"/> Mensual			
¿Cuál es el pago por hora?		\$	
¿Cuantas horas trabaja esta persona por semana?			
¿Cómo le pagan a esta persona? <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada quincena <input type="checkbox"/> Mensual			
Otros tipos de entrada economica (marque todas que correspondan)			
<input type="checkbox"/> SSI/SSD <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/> Compensación al trabajador <input type="checkbox"/> Otro: _____			\$ Total Mensual

Doy testimonio que la información dada y la documentación aportada es completa y precisa atestación de los ingresos del hogar. Entiendo ser responsable de notificar a *Finger Lakes Community Health* de cualquier cambio en el estado financiero de mi familia.

Firma

Fecha