

Preventative Care Health Services, Inc.

Presidio County Medical Clinic  
Ph 432-229-3030 Fx 432-229-2500  
1501 N Erma Ave, PO Box 574  
Presidio, TX 79845

Family Health Services of Alpine  
Ph 432-837-4555 Fx 432-837-4556  
1707 N. 4th St.  
Alpine, TX 79830

Marfa Community Health Clinic  
Ph 432-729-1800 Fx 432-729-1806  
210 S. Summer St, PO Box 267  
Marfa, TX 79843

PCHS  
Solicitud para asistencia médica. Solo para las clínicas de PCHS.

Composición del Hogar

Favor de nombrar a su esposo/a y dependientes menores de 18 años:		Fecha de nacimiento (FDN)	Elegibilidad	
1. Nombre	_____	FDN: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
2. Nombre	_____	FDN: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
3. Nombre	_____	FDN: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
4. Nombre	_____	FDN: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
5. Nombre	_____	FDN: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
6. Nombre	_____	FDN: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
7. Nombre	_____	FDN: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
8. Nombre	_____	FDN: _____	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Mantenimiento del Hogar (Prueba de ingresos debe mantener con copia y original)

Nombre de Trabajador: \_\_\_\_\_

Nombre de Agencia o solo empleo: \_\_\_\_\_

Salarios por periodo de pago: \$ \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia se le paga?  Diario  Semanal  Mensual  Otro \_\_\_\_\_

Lista de otros ingresos de todas las fuentes, que pueden incluir el empleo por cuenta propia, los salarios, propinas, prestaciones de desempleo, Seguro Social, SSI, mantenimiento de hijos, subsidios de vivienda, asignaciones familiares militares, beneficios de pensiones, fondos fiduciarios de los desembolsos, becas de formación, y todas las demás formas de apoyo financiero.

\$ \_\_\_\_\_ fuente de ingreso: \_\_\_\_\_

Nombre de Esposo(a) Empleado: \_\_\_\_\_

Nombre de Agencia o solo empleado: \_\_\_\_\_

Salario por periodo de pago: \_\_\_\_\_

¿Con que frecuencia se le paga?  Diario  Semanal  Mensual  Otro \_\_\_\_\_

DECLARACION JURADA

Certifico bajo pena de perjurio que la información que doy en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Si no lo es, se me puede enjuiciar penalmente. Entiendo que tengo que presentar prueba de ingresos al momento de recibir servicios. De lo contrario yo soy responsable de la cantidad completa por cada visita.

Firma del aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

SLIDING SCALE DISCOUNT (FOR OFFICE USE ONLY)

Nivel de descuento que pagaran:  A  B  C  D  E

NOMBRE DE FAMILIA DE CUENTA: \_\_\_\_\_

Forma Valida: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
(mes/día/ano) (mes/día/ano) (Firma de Oficial de autorización)