



# Programa de Asistencia de Salud del Condado de Taos

105 Albright Street Ste. V

Taos, NM 87571

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ MI: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Ciudadano de los EE. UU:  SI  NO

Dirección física: \_\_\_\_\_ APT. #: \_\_\_\_\_

Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección postal o apartado de correos: \_\_\_\_\_ APT. #: \_\_\_\_\_

Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Residente del condado de Taos al menos (90) días?  SI  NO

En caso afirmativo, cuánto tiempo / desde cuándo: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Estado  Civil Femenino:  Soltero  Casado  Divorciado  Viudo  Apartado

Carrera:

Hispano / español  caucásico  African Am.  Indio Americano o Nativo de Alaska  Otro: \_\_\_\_\_

### Los miembros del hogar:

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Seguridad Social #	Relación con el solicitante	Género (M o F)

**Seguro de salud:** Medicare, Medicaid, Indian Health Services (IHS), seguro privado.

Cobertura médica:  si  No

En caso afirmativo, especifique (Presbyterian, BCBS, Western Skies ETC): \_\_\_\_\_ Política #: \_\_\_\_\_

**Asistencia pública:**  SI  NO

TANF \$: \_\_\_\_  Cupones de alimentos \$: \_\_\_\_\_  Vivienda pública \$: \_\_\_\_\_  Tribal FA \$: \_\_\_\_\_  Otro \$: \_\_\_\_\_



Firmado el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Firma del paciente / cliente / solicitante **X** \_\_\_\_\_

Suscrito y jurado ante mí por \_\_\_\_\_

En este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Notario público

\_\_\_\_\_