Solicitud Para el Programa de Atención Humanitaria de NUNM

- **Asistencia financiera depende en el cumplimiento de requisitos de elegibilidad.**
- **Usted será notificado(a) por un empleado de NUNM sobre el estatus de su solicitud.**
- **Debe proveer prueba de ingresos con esta solicitud.**

---

1. **Paciente:** _____ _____ _____
   Nombre Apellido Fecha de nacimiento
2. **¿En qué condado vive? _____ ¿Código postal? _____**
3. **¿Tiene usted seguro médico de cualquier tipo?** Sí ☐ No ☐

   Si la respuesta es sí, por favor escribe el tipo y nombre del seguro médico:

   _____
4. **NUNM ofrece asistencia para la inscripción de Medicaid / Oregon Health Plan. ¿Estaría usted interesado(a) en ser contactado por un Asistente de Inscripción?** Sí ☐ No ☐
5. **Anote cuantas personas viven en su hogar y combine todos los ingresos brutos:**

Combinados Ingresos Familiares Brutos			
# de personas en su hogar (incluyéndose a sí mismo/a)	**Cantidad de Ingresos**	**Frecuencia (Elija uno)**	**Empleador/Fuente de trabajo**
	$	Semanal Quincenal Mensual Anual	

Miembros de su hogar	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
Sí mismo:		
Pareja:		
Otro:		
Otro:		
Otro		
Otro:		

Certifico que esta información es verdadera y exacta de mi hogar y el estado financiero en este momento. He leído y estoy de acuerdo con las disposiciones de la solicitud de asistencia financiera.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Esta sección debe ser llanada por un personal administrativo: MRN: _____

1. Financial Assistance: Tier 1 / Tier 2 / Tier 3 / Tier 4 (circle one)
2. Coverage added to EPIC account Yes / No Date coverage added: _____
3. Proof of Income provided: W2 / Paystub / Other: _____/Pending
4. Staff member name: _____