

Lista de verificación de registro

- Formulario de registro completado (todos los espacios deben ser
- llenados)
- Identificación fotográfica

Criterios obligatorio

- Mis ingresos son menos 300% linea de pobreza
- federal (Mire la pagina) Yo no tengo seguro de salud
- prueba de ingreso (1)
 - declaración de impuestos actual
 - Formulario W2
 - Un mes de prueba de pago
 - SNAP LETTER / UNEMPLOYMENT BENEFIT LETTER / SOCIAL SECURITY BENEFIT LETTER
 - EMPLOYMENT TERMINATION LETTER / VA TANF / SECTION 8 HOUSING / PENSION
 - ASYLUM REFUGEE STATUS / STUDENT VISA + UNIVERSITY
 - Carta de inscripción de una organización sin fines de lucro (nonprofit)
- Completada divulgación de registros
- médicos
NOVA SCRIPTSCENTRAL formulario
completado

Dia completado: _____

Firma de paciente: _____

DEJE EL PAQUETE DE SOLICITUD COMPLETO EN LA CAJA AFUERA DE LA CLINICA. SERÁ LLAMADO AL NÚMERO PROPORCIONADO UNA VEZ QUE SU SOLICITUD SE HAYA REVISADO

