



**SEGURO**

¿Tiene Medical Assistance (MA, PMAP, MNSure)? **Sí** **No**

En caso afirmativo, número de MA: \_\_\_\_\_

¿Tiene seguro privado o Cobertura HMO (Medica, HealthPartners, etc.)? **Sí** **No**

¿Beneficios para el tratamiento SUD? **Sí** **No**

En caso afirmativo, proporcione una copia de su tarjeta de seguro.

**Su solicitud puede estar pendiente hasta que se reciba el comprobante.**

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

**TAMAÑO DE LA UNIDAD FAMILIAR**

¿Con quién vive?

(Padres (si es menor de edad), cónyuge, hijos menores dependientes) No incluya parejas no casadas ni sus hijos.

**INGRESOS (Proporcione los últimos dos comprobantes de ingresos más recientes, por ejemplo, talones de pago, registros de trabajo por cuenta propia, formularios de impuestos, verificación por parte del empleador)**

1. ¿Usted **y/o** su cónyuge **reciben** lo siguiente?: **Si** **No**

Ingresos ganados (ingresos del empleo, incluido el trabajo por cuenta propia)

Cuánto: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?

Ingresos no ganados (Seguro Social, SSI, Jubilación u otros ingresos no derivados del trabajo)

**Sí** **No**

Cuánto: \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia:

Manutención infantil **Sí** **No**

Cuánto: \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia:

2. ¿Usted **y/o** su cónyuge **pagan** manutención infantil? **Si** **No**

Cuánto: \_\_\_\_\_ Con qué frecuencia:

**Su solicitud puede estar pendiente hasta que se reciba el comprobante de ingresos.**

Comentarios sobre los ingresos

**¿Cómo le gustaría recibir un aviso de su elegibilidad para una evaluación de trastorno por uso de sustancias?**

Teléfono Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje de voz en este número? Si No

Correo electrónico Dirección de correo electrónico:

\_\_\_\_\_

Correo postal Dirección: \_\_\_\_\_

**DECLARACIONES**

Solicitante: Con mi firma a continuación, doy fe de que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Reconozco que es posible que tenga que pagar el costo total de estos servicios si no digo la verdad en esta solicitud. Entiendo que la información recibida solo se utilizará con el fin de ayudar en la determinación de la elegibilidad/coordinación del tratamiento.

Entiendo que la Ley de Prácticas de Datos del Gobierno de Minnesota y otras leyes exigen que estos datos permanezcan privados. Estos datos no se pueden divulgar sin mi consentimiento, excepto según lo dispuesto por la ley. Entiendo por qué me piden esta información. Con mi consentimiento, esta información podría compartirse solo con la persona mencionada anteriormente. Entiendo que, si me niego a divulgar información, la información no se divulgará a menos que la ley permita su divulgación. Mi consentimiento caducará un año después de la fecha de mi firma. La fotocopia de este consentimiento podrá tratarse como si fuera el original. Puedo cancelar este consentimiento mediante una solicitud por escrito al condado de Anoka:

Nombre completo en letras de imprenta: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_