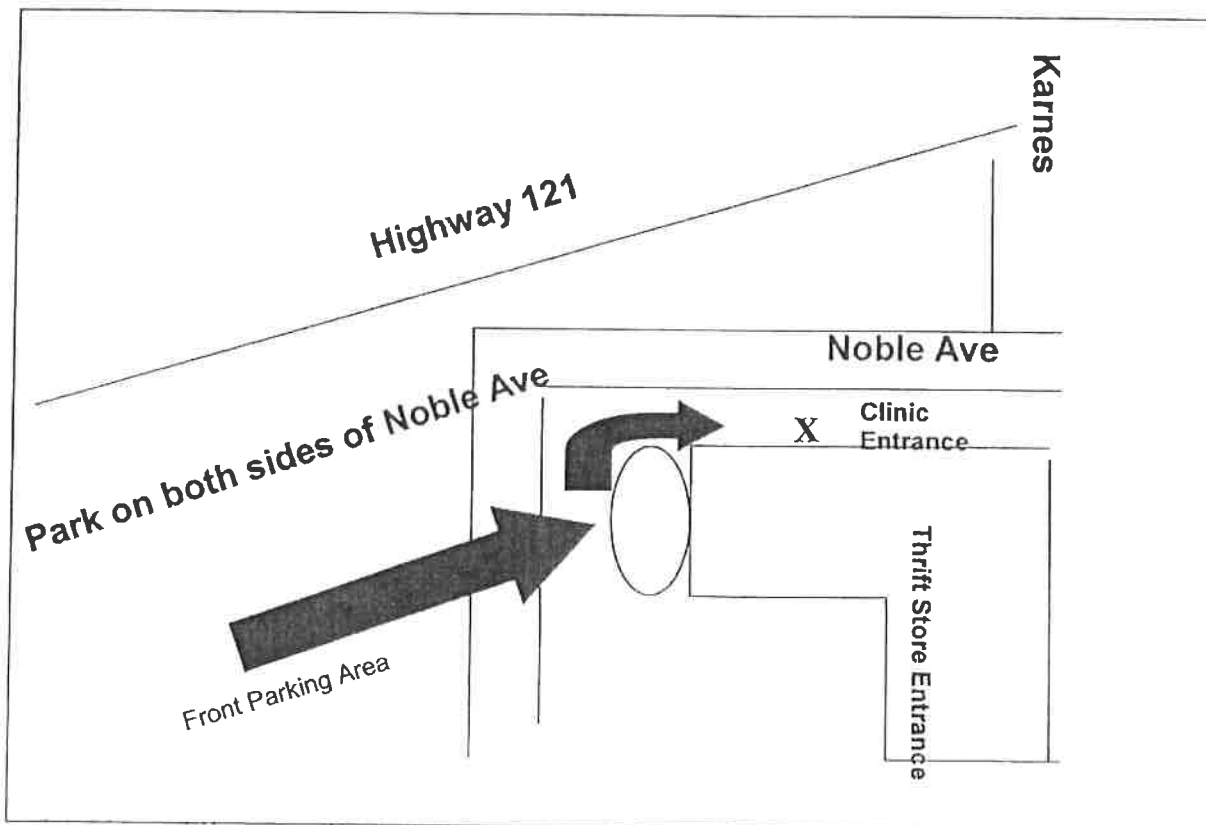


You must **COMPLETE** all pages and provide as much information as possible. Once completed call for an appointment at **817-632-6020**

Todo la información debe estar **COMPLETA** y por favor de traer todos los documentos necesarios para poder proceder. Aun completo llame al **817-632-6020** para obtener una cita.



CORNERSTONE MEDICAL CLINIC
AFTER YOU HAVE COMPLETED ALL FORMS CALL
817-632-6020

REQUIRED DOCUMENTATION TO APPLY FOR MEDICAL ASSISTANCE AT CORNERSTONE MEDICAL CLINIC

CONTACT: 817-632-6020

PROOF OF ADDRESS:

Utility bill with patient name and address.

Rental or lease agreement with patient's name

PHOTO I.D. (**Passport or Drivers** License)

Proof of gross income (before payroll deductions) for everyone living in home 18 years and older.

This may be:

Four recent pay stubs.

Income tax return from most current year.

Note from patient indicating a person in the household doesn't work and reason.

If a person in the household works for cash must have a statement from employer stating wages.

Proof of child support

Overtime pay, commissions, fees & tips

Social security benefits

Unemployment

Workman's Compensation

Welfare assistance (food stamps, also known as SNAP, medicaid or TANF)

Government funded housing.

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA SOLICITAR ASISTENCIA MEDICA EN CORNERSTONE MEDICAL CLINIC

CONTACTOS: 817-632-6020

COMPROBANTE DE RESIDENCIA:

Un recibo de la luz con el nombre del solicitante

Contrato o recibo de la renta o propiedad de donde vive (comprando o rentado)

Comprobante de identificación: **Pasaporte o licencia de manejar**

Comprobante de ingresos (antes de deducciones) de cada persona que vive en el hogar de 18 años de edad más.

Esto puede ser:

4 talones recientes de cheques por persona

La última declaración de impuestos.

Si alguna persona en el hogar no trabaja, explique en una carta porque.

Si a alguna persona que vive en el hogar le pagan en efectivo debe de traer una carta escrita por el patrón declarando cuanto le paga con fecha reciente y número de teléfono.

Sostenimiento infantil (Documento con la cantidad

Propinas y pagos extras

Cheque del Seguro Social (si aplica a usted)

Pruebas de desempleo

Compensación de trabajo

Asistencia del gobierno (beneficios del programa de comida o medicaid o TANF)

Pago de vivienda por el gobierno

CORNERSTONE ASSISTANCE NETWORK INTAKE FORM

Client Information					
Name/Nombre:					
Current address/Direccion:					
City/Ciudad:		State/Estado:		ZIP Code/Codigo Postal	
Home Phone/Telefono:		Work Phone/Trabajo:		Cell Phone/Cellular:	
Email/Correo-electronico:		DOB/Fecha de Nascimento:		Age/Edad:	
Cornerstone does not discriminate on the basis of race, sex, gender, age, linguistic and language ability, marital status, disability and any other characteristics protected by law.					
Demographic Information					
Race/Ethnicity:				Citizenship:	
<input type="checkbox"/> American India/Alaskan Native		<input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander		<input type="checkbox"/> US Citizen	
<input type="checkbox"/> Black/African American		<input type="checkbox"/> White		<input type="checkbox"/> Eligible Non-Citizen	
<input type="checkbox"/> Hispanic		<input type="checkbox"/> Don't Know		<input type="checkbox"/> Non-Eligible Non-Citizen	
Gender:		Veteran:		Disabled:	
<input type="checkbox"/> Male/Masculino		<input type="checkbox"/> Yes/Si		<input type="checkbox"/> Yes/Si	
<input type="checkbox"/> Female/Femenina		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	
Marital Status:			Education Level:		
<input type="checkbox"/> Single/Never Married/Soldero		<input type="checkbox"/> Separated/Separado		<input type="checkbox"/> Less than High School/Menos de preparatoria	
<input type="checkbox"/> Married/Casado		<input type="checkbox"/> Common Law/Registro civil		<input type="checkbox"/> High School/ GED	
<input type="checkbox"/> Divorced/Divorciado		<input type="checkbox"/> Other _____		<input type="checkbox"/> Some college/Associate/Collegio	
				<input type="checkbox"/> Bachelor's Degree	
				<input type="checkbox"/> Advanced Degree/Beca Avansada	
				<input type="checkbox"/> Other _____	
Household Information					
Employment Status/Status de empleador:		Yearly Income/Ingreso por año:		Source(s) of Income/Recurso de Ingreso:	
<input type="checkbox"/> Unemployment/Sin trabajo	<input type="checkbox"/> Self Employed/Trabaja por su Cuenta	<input type="checkbox"/> < \$10K	<input type="checkbox"/> \$21K-\$25K	<input type="checkbox"/> Employment	<input type="checkbox"/> SSI/SSDI
<input type="checkbox"/> Part-time/Medio Tiempo	<input type="checkbox"/> Retired/Retiro	<input type="checkbox"/> \$11K-\$15K	<input type="checkbox"/> >\$26K+	<input type="checkbox"/> Child Support	<input type="checkbox"/> TANF
<input type="checkbox"/> Full Time/Tiempo completo	<input type="checkbox"/> Other/otro _____	<input type="checkbox"/> \$16K-\$20K	<input type="checkbox"/> Other/otro _____	<input type="checkbox"/> Pension/Veteran	<input type="checkbox"/> Other _____
Housing Status/Estatus de Vivenda			Transportation/Trasportacion:		Number of Persons in Household/Numero de Personas en casa
<input type="checkbox"/> Own Home/Dueno de casa		<input type="checkbox"/> Transition Housing/Casa de Trancision	<input type="checkbox"/> Bus/Autobuse		Children(under17)/Niño menor : _____
<input type="checkbox"/> Rent/Renta		<input type="checkbox"/> Homeless/Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Personal Vehicle/Auto personal:		Adults/Adultos: _____
<input type="checkbox"/> StayingWithSomeone/Vivendo con algun		<input type="checkbox"/> Other/otro _____	<input type="checkbox"/> Received Ride/Resive trasportacion:		

Please list ALL individuals currently living in your household

Name/Nombre	DOB/Fecha de Nacimiento	Age/Edad	Gender/Genero	Relationship/Relacion
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				