

**NEW MEXICO COMMISSION FOR THE BLIND  
EMERGENCY EYE CARE PROGRAM  
FINANCIAL ELIGIBILITY FORM  
Fax to (505) 272-6125**

NOMBRE DE PACIENTE:	FECHA:        /        / 20
SEGURO SOCIAL:        -        -	MR #:
	INGRESO TOTAL DE CASA: \$

**All information is confidential and will only be used in this office.**

<b>RESPONSIBLE PARTY</b>		
Nombre:	SS #:        -        -	Fecha de Nacimiento:        /        /
Dirección:	Teléfono: (        )        -	Numero en Hogar:
Ciudad, Estado, Codigo:        , NM	Celular: (        )        -	Etnicidad:
Condado:		Relación de Pacient:
Empleador:	Salarios Gruesos: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Por Mes
Salario de Seguridad Social: \$	Inhabilidad de la Seguridad Social: \$	Desempleo, Alimentos, Fondo Fiduciaria: \$
Otras Fuentes de Ingresos: \$		

<b>OTHER HOUSEHOLD MEMBER INFORMATION</b>		
Nombre:	SS #:        -        -	Fecha de Nacimiento:        /        /
Teléfono #: (        )        -		Relación de Pacient:
Empleador: :	Salarios Gruesos: \$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Por Mes
Salario de Seguridad Social: \$	Inhabilidad de la Seguridad: \$	Desempleo, Alimentos, Fondo Fiduciaria:
Otras Fuentes de Ingresos: : \$		

Confiarán al aspirante sobre como una fuente de información primaria sobre los salarios que él/ella ha divulgado para ser veraz. La verificación de la información es necesaria confirmar la exactitud de la información.

Yo \_\_\_\_\_, certifico que toda la información que he proporcionado al proveedor de cuidado del ojo con respecto a mi situación de finanzas es correcta y verdad. La falta de proveer información cierta y precisa podrá resultar en la negación de asistencia para el Emergency Eye Care Program.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20