



Solicitud de Tarjeta Verity

Nombre del Paciente: _____

FDN: _____

Dirección: _____ Ciudad _____, Estado _____, Código Postal _____

¿El paciente tiene Seguro de medicamentos recetados?: SI NO

¿El paciente tiene Medicare Parte Ay B? SI NO

¿Cuántas personas viven en el hogar del paciente?:

Ingreso mensual total de todos los miembros del hogar:

Yo, _____ Certifico que la información proporcionada es precisa según mi conocimiento. La elegibilidad para recibir Asistencia con la Tarjeta Verity no constituye un seguro. La determinación de elegibilidad no afectará otros servicios y atención ofrecidos por Carilion Clinic. La cobertura puede ser revocada en cualquier momento si se obtiene un seguro o si los ingresos del hogar aumentan por encima de los límites del plan.

Firma del Paciente

Fecha

Solo para uso de la oficina:	
Nombre del Aprobador:	Fecha de Revisión de la Solicitud
Si es Denegado, motivo:	Fecha de la Denegación: