

Formulario de elegibilidad para el programa de descuentos de escala móvil

Esta solicitud es necesaria para poder solicitar un descuento. La información proporcionada se conservará en nuestros registros con estricta confidencialidad. Se calculará una tarifa nominal o con descuento con base en su ingreso familiar bruto anual (antes de impuestos o deducciones) y el tamaño de su familia, conforme a las Guías Federales de Pobreza. De aprobarse, la elegibilidad para este descuento vencerá a los 12 meses y deberá renovarse cada año. Esta solicitud y los comprobantes de ingreso deben presentarse dentro de los 14 días consecutivos posteriores a la primera visita clínica o dentro de los 14 días del vencimiento de un programa de descuentos de escala móvil existente.



Información sobre el Paciente/Solicitante: en el caso de un menor de edad, el padre, la madre o el representante legal deben completar esta sección.

Nombre: _____ Apellido: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
 Dirección de la casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 Dirección de correo electrónico: _____ Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____



Información e ingresos del hogar

¿Cuál es su estado civil? ☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Viudo/a ☐ Separado/a ☐ Divorciado/a
 Situación de vivienda ☐ Propia ☐ Alquilada ☐ Vive con otra persona ☐ En situación de calle ☐ Vivienda temporal
 ¿Tiene algún tipo de seguro (médico, de automóvil o de compensación laboral) que cubra total o parcialmente sus gastos médicos? ☐ Sí ☐ No
 Si la respuesta es "sí", proporcione su tarjeta de seguro y la siguiente información: Nombre del seguro: _____ ID del miembro: _____
 ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ ¿Alguien de su hogar está embarazada actualmente? ☐ Sí ☐ No
 Si la respuesta es "sí", ¿cuántos niños no nacidos hay en el hogar? _____ Tamaño total de la familia*: _____ (cantidad de personas que viven en el hogar + niños no nacidos = tamaño total de la familia)

A continuación, escriba el nombre de cada miembro de su familia, incluyéndose USTED MISMO. Incluya familiares, parejas de hecho y personas con las que comparte ingresos y gastos. Se puede incluir un niño no nacido si la persona embarazada es parte de la familia y hay documentación que confirma el embarazo. El niño no nacido no se incluirá en la lista de abajo.

Nombre completo	Fecha de nacimiento	Número de seguro social	¿Tiene empleo?	Frecuencia de ingresos laborales
			☐ Sí ☐ No	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Estacional _____
			☐ Sí ☐ No	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Estacional _____
			☐ Sí ☐ No	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Estacional _____
			☐ Sí ☐ No	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Estacional _____
			☐ Sí ☐ No	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Estacional _____
			☐ Sí ☐ No	☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Estacional _____

Indique los ingresos mensuales del grupo familiar por los ingresos ganados por cada miembro de la familia:

Usted	Su cónyuge	Sus hijos (combinado)	Otros miembros del hogar (combinado)	Ingreso familiar total	
\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	
Fuente de ingresos: Complete la sección que corresponda a los ingresos ganados por cada miembro de la familia que esté empleado. No se incluyen los beneficios no monetarios, como cupones de alimentos o subsidios de vivienda.				Usted	Su cónyuge
Sueldos / Salarios / Propinas / Apoyo en efectivo / Asistencia en efectivo				Sus hijos	Otros
Ingreso por trabajo independiente				Total	
Pensión alimenticia / Manutención infantil					
Beneficios de seguro social / Ingresos de seguridad suplementario					
Asistencia pública / Beneficios por discapacidad					
Ingresos por jubilación: Pensión / Dividendos / Anualidades / Intereses ganados					
Ingresos por alquiler / Regalías / Fideicomisos o herencia					
Compensación por accidente laboral (Workers Compensation)/Beneficios por desempleo/ Beneficios para veteranos de guerra					
Otro (especifique): _____					

Por favor, proporcione documentos de ingresos junto con su solicitud. Los documentos aceptables son: talones de pago (últimas cuatro semanas), carta de adjudicación de Seguro Social y/o discapacidad, Formulario de declaración de impuestos 1040 (para el año fiscal más reciente), W2, carta de beneficios de desempleo, estados de ingresos de jubilación, acuerdos de manutención de hijos o pensión alimenticia, y carta de verificación del empleador. Para trabajadores por cuenta propia: 1099, estados de cuenta bancarios, estado de pérdidas y ganancias, declaración de impuestos – Anexo C (Schedule C). Para preguntas o asistencia sobre la documentación de ingresos, consulte a un Defensor de Asistencia Financiera (Financial Assistance Advocate).

MRN# _____

Revise cada sección a continuación y complete únicamente la(s) sección(es) que correspondan a su situación personal.

Complete esta sección solo si no tiene otra manera de documentar sus ingresos:
Por favor, complete únicamente las casillas y preguntas que correspondan a la situación de su hogar.
Esta sección está diseñada para personas que no pueden proporcionar documentación estándar de ingresos. Si tiene recibos de sueldo u otras formas de comprobante de ingresos, NO COMPLETE ESTA SECCIÓN.

Autodeclaración de ingresos:

Ingreso mensual estimado: \$ _____ Tamaño del grupo familiar: _____

☐ Me pagan en efectivo (No recibo cheques ni recibos de sueldo).

☐ No puedo obtener una carta de mi empleador. Explique por qué: _____

☐ No tengo acceso a mi información financiera. Explique por qué: _____

O:

☐ Actualmente **no tengo ingresos**. A continuación, explique cómo cubre sus necesidades básicas (por ejemplo, vivienda, alimentación, transporte): Explique: _____

Autodeclaración de situación de calle: Complete esta sección, marque la casilla que corresponda y proporcione una descripción.

Actualmente me encuentro en situación de calle y no tengo una residencia fija, estable o adecuada para pasar la noche.

☐ Vivo en la calle (auto, parque, edificio abandonado). Describa el lugar: _____

☐ Estoy quedándome temporariamente con otras personas porque perdí la vivienda. Describa el lugar: _____

☐ Vivo en un refugio público o privado con vivienda temporal. Nombre del lugar: _____

☐ Estoy escapándome de una situación de violencia doméstica y no tengo una vivienda estable.

Llevo sin una vivienda estable desde hace:

☐ Menos de 1 mes ☐ 1–3 meses ☐ 4–6 meses ☐ 7–12 meses ☐ Más de 1 año

Consentimiento para la solicitud del programa de descuentos de escala móvil - Debe completarse para solicitar la escala de tarifas variables.

☐ Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud, incluyendo ingresos y tamaño del grupo familiar, será tratada como confidencial y se usará únicamente para determinar mi elegibilidad para recibir servicios de salud con descuento a través del Programa de descuentos de escala móvil.

☐ Certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud, incluyendo los ingresos y el tamaño del hogar, es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que esta información será verificada y se utilizará para determinar mi elegibilidad para servicios con descuento.

☐ Me comprometo a notificar al centro de salud comunitario del Distrito de Salud (Health Care District) sobre cualquier cambio en mis ingresos, tamaño del hogar o situación de vivienda que pueda afectar mi elegibilidad.

☐ Entiendo que debo renovar mi solicitud al programa de descuento de escala móvil cada año o cuando haya cambios en mis ingresos o en el tamaño de mi familia.

☐ Autorizo el uso de esta información para los fines indicados y entiendo que brindar información falsa o engañosa puede hacerme perder la elegibilidad para el programa de descuento de escala móvil.

Nombre del paciente (en letras de imprenta): _____

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____

Rechazo del programa de descuento de escala móvil: Complete esta sección si no desea solicitar el descuento de escala móvil.

☐ No deseo solicitar el programa de descuento de escala móvil que me han ofrecido. Entiendo que tendré que pagar el total de los servicios y medicamentos que reciba en el centro de salud comunitario del Distrito de Salud. También entiendo que puedo solicitar el descuento de escala móvil más adelante si cambio de opinión.

Nombre del paciente (en letras de imprenta): _____

Firma del paciente o representante legal: _____ Fecha: _____