



Aplicacion de Escala de descuento Rev 2018a

Nombre: _____ Fecha: _____

Direccion: _____

Numero de Telefono _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____
No. Cell _____ Email: _____

Ha aplicado para la escala de pagos antes? Si No

INFORMACION DE LOS MIEMBRO DE LA FAMILIA

Por favor incluya todos los miembros de su familia (incluyendose a usted) Incluya aquellos que contribuyen a los ingresos familiares y todas las personas quienes usted es responsable economicamente o los que usted reclama en su declaracion de impuestos. **Si sus hijos son mayores de 18 años indique si son estudiantes.**

Nombre	Fecha de Nacimiento	La Relacion al Paciente
		<i>El Paciente</i>

_____ No tengo seguro de salud.

_____ Tengo seguro de salud hasta _____.

Si usted tiene seguro, nosotros enviamos su reclamo a su seguro y aplicamos el descuento al balance de co-pagos o a su deductibles.

Por favor llene la seccion de informacion de ingresos abajo para TODOS LOS MIEMBROS de su familia. Si usted no tiene fuente de ingresos, Por favor vaya a la seccion de cero ingresos en la proxima pagina.

INFORMACION DE INGRESOS

Fuente de Ingresos	Persona de los Ingresos	Ingresos Anuales Brutos
Ingresos		
Trabajadores Independientes(ingresos brutos)**		
Beneficios del Seguro Social (SSI, Sobrevivientes, Desabilitados)		
Asistencia Publica (TANF, Estampillas de comida, Asistencia General)		
Child Support/Pension		
Beneficios de Desempleo/Compensacion de Trabajador		
Acciones, Diviendos, Propiedades Rentadas		
Intereses De Ingresos		
Otros(Pension, Beneficios de Veteranos, Uniones		

****Si usted es empleado independiente, debe proveer su mas reciente, declaracion de impuestos (1040) acompañada de la seccion C.**

USTED DEBE INCLUIR COMO PRUEBA DE INGRESOS LOS ULTIMOS RECIBOS DE SUS CHEQUES DE PAGO, CHEQUES DE DESEMPLEO Y/O CHEQUES DE SEGURO SOCIAL.

Sin la prueba de ingresos nuestra aplicacion no podria ser procesada y su inscripcion al programa sera rechazada, si tiene dificultad para conseguir una prueba de ingresos, hable con los representantes del servicio al cliente del centro medico quienes podran asistirle y recomendarle algunas formas de pruebas. Si hay circunstancias especiales podran ser consideradas.

CERO INGRESOS

POR FAVOR COMPLETE SOLAMENTE SI USTED NO TIENE UNA FUENTE DE INGRESOS.

No. de su ultimo empleador: _____ Fecha de su ultimo empleo: _____

Por favor explique como han sido cubiertas sus necesidades basicas:

Comida: _____ Utilidades: _____

Vivienda: _____ Otras cosa (ropa, etc): _____

Yo, _____, certifico que no tengo ninguna fuente de ingresos desde: _____

TODOS LOS APLICANTES: POR FAVOR LEA LA SIGUIENTE DECLARACION Y FIRME

- Yo certifico que soy responsable de mis cuentas del centro medico.
- Tambien certifico que hare saber al centro medico si soy elegible para otra forma de cobertura medica.
- Yo comprendo que si doy falsa o incomplete informacion no puedo calificar para un descuento.
- Yo certifico que la informacion de esta aplicacion es correcta y todas las Fuentes de ingresos requeridas las he reportado. Yo comprendo que necesito renovar mi aplicacion cada año aunque no haya ocurrido ningun cambio.

Firma: _____ **Fecha:** _____

YourTown Health use only: Please select documents received. POI ☐ POA ☐ ID ☐

Grace Period ☐ **Date:** _____ **Scale:** _____ **CSR Initials:** _____

Total no. of family members _____ Payment Eligibility _____

Combined Family Income _____ Date of Application _____

Verification Source _____ Renewal Date _____

Application completed by _____