

# SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA DE ESCALA MÓVIL DE TARIFAS



Nombre:	Fecha:
Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento: <u>  </u> (dd) / <u>  </u> (mm) / <u>  </u> (aaaa)

## SEGURO

¿Tiene usted, o el paciente que representa, seguro médico? Sí No Seguro dental? Sí No

Si la respuesta es SÍ, Ud. aún puede calificar y solo pagar la cantidad menor de su parte de seguro o la tarifa de escala móvil. Favor de proporcionar su tarjeta de seguro a recepción.

## DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE

Certifico que la información presente en esta solicitud es verdadera y exacta. Entiendo que es mi responsabilidad completar la solicitud y proporcionar la documentación de prueba de ingresos requerida y la identificación de todos los miembros de mi grupo familiar dentro de las dos semanas a partir de la fecha de esta solicitud para ser elegible para servicios con descuentos.

Acepto informar a Christ Community Health Services si mi situación financiera cambia significativamente. También entiendo que falsificar información o documentación en la solicitud implicará el rechazo de mi solicitud, y que todo descuento aplicable recibido de manera fraudulenta será revocado y yo seré responsable de todos los cargos.

Entiendo que esta solicitud, y cualquier descuento para el que pueda calificar, aplicarán solo al paciente mencionado en esta solicitud. Cualquier otro paciente adicional deberá realizar la solicitud en forma independiente.

Soy consciente de que CCHS se rige por políticas y normas establecidas por el gobierno federal, y que se considera ilícito falsificar o declarar como verdadera información incorrecta en esta solicitud.

Acepto ayudar a CCHS de cualquier forma que me sea solicitada para corroborar mi información presente en esta solicitud y permitir obtener la información necesaria de parte de empleadores, organismos gubernamentales, proveedores médicos y otras fuentes.

Nombre en imprenta del solicitante	Fecha

**Determine el número de personas en su grupo familiar**

**A ser completado por el jefe de familia**

Relación	Incluir	No incluir	Número
Usted			1
Su cónyuge	Incluir si está legalmente casado, independientemente del sexo.  Incluir si están legalmente casados, pero viven separados (por ejemplo, el cónyuge está lejos cumpliendo el servicio militar, por trabajo o por alguna razón que no sea separación legal o divorcio).	No incluir si están legalmente separados o divorciados.  No es necesario que declare a su cónyuge si es víctima de abuso doméstico, violencia doméstica o abandono conyugal.	
Hijo(s)	Incluya el número de hijos dependientes menores de 21 años.  Incluya a los hijos adoptados o de crianza que viven con usted y que puede declarar como dependientes.  Incluya el número de hijos de los que comparte la custodia, si puede declararlos como dependientes.	No incluya a un hijo si no es dependiente.  No incluya a un hijo nonato.	
Otros dependientes	Incluya el número de padres que declara como dependientes.  Incluya el número de hermanos y otros familiares que declara como dependientes.	No incluya a su pareja si no están legalmente casados.  No incluya compañeros de cuarto.	
<b>Total de miembros del grupo familiar (añadir columna a la derecha)</b>			

## REQUISITOS DE REGISTRO PARA ESCALA MÓVIL DE TARIFAS

Prueba de identificación:

Traiga una de las siguientes identificaciones (si ya no está en nuestros archivos).

- Tarjeta del seguro social
- Licencia de conducir válida o identificación actual del estado
- Certificado de nacimiento
- Tarjeta del número de identificación de impuestos (ITIN, por sus siglas en inglés) o documento de asignación de ITIN
- Pasaporte

### PRUEBA DE INGRESOS

Como Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC, por sus siglas en inglés), Christ Community Health Services (CCHS) puede proporcionar descuentos de escala móvil para pacientes particulares o con seguro insuficiente que cumplan con los requisitos de elegibilidad. Los pacientes particulares o con seguro insuficiente pueden calificar para el programa de descuentos en base al tamaño familiar y a la documentación apropiada de todos los ingresos del grupo familiar.

Ingresos	Verificación de ingresos	Cantidad
Formulario IRS 1040, 1040A o 1040EZ del año anterior.	Formulario 1040 – Línea 22 Formulario 1040A – Línea 15 Formulario 1040EZ – Línea 6	
<b>Si no tiene su formulario impositivo, puede solicitar una copia de la declaración llamando a IRS al 1-800-829-1040 o en línea en: <a href="http://www.irs.gov/Individuals/Get-Transcript">www.irs.gov/Individuals/Get-Transcript</a> o presentado el formulario 4506-T con una tarifa no reembolsable de \$5.</b>		
<b>Si no tiene su formulario impositivo, TODAS las formas de verificación que figuran a continuación se requieren para TODOS los miembros del grupo familiar.</b>		
Salarios, sueldos, propinas, etc.	<b>Si le pagan:</b>	<b>n.º de recibos</b>
	Por semana	4
	Cada 2 semanas	2
	Quincenalmente (1 y 15)	2
	Por mes	1
	Autónomo	Año anterior 1099
Pensión alimenticia	Recibos de pago más recientes	
Compensación por desempleo	Recibos de pago más recientes	
Cobertura de Seguro Social	Carta de adjudicación más reciente del año de la Administración de Seguro Social (SS) o estado de cuenta bancario que muestre depósitos directos por parte de la Administración de Seguro Social.	
IRA o distribuciones del plan de jubilación	Recibos de pago más recientes	
Intereses, dividendos, ingresos por alquiler más recientes	Formulario 1040 más reciente	
Ingresos comerciales	Formulario 1040 más reciente	
Plusvalías	Formulario 1040 más reciente	
<b>El total de los ingresos del grupo familiar (todos en la columna al lado)</b>		

¿De cuál manera verificara Ud. los ingresos (favor de escoger uno)?

Presentaré comprobante de los ingresos hoy.

Regresaré con comprobante de los ingresos dentro de 2 semanas. De lo contrario, recibiré una factura completa.

Presentaré Formulario 4506-T para una declaración de IRS. Pagaré una tarifa de \$5 que no será reembolsable.

No tengo ingresos verificables, Número de Seguro Social (SSN) ni Identificación de Ingresos (TIN).

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_