

Promise Community Health Center
APLICACION PARA ESCALA DE DESCUENTO

La escala de descuento es un método para reducir costos basado en el tamaño e ingresos del hogar. Para ser legible para este programa la aplicación debe ser completada con firma y fecha y sometida a la Coordinadora de Salud, junto con **prueba de ingreso**.

Jefe de Familia: Apellido _____ Nombre _____ Tel _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿A usted o alguno de sus familiares aplicado para Medicaid (Titulo XIX)? Sí No

FUENTE DE INGRESOS: Aquellos que conformen el hogar. “Conformen el hogar” se consideran aquellas personas viviendo con usted en la misma dirección. Si su situación de vivienda es temporal, por favor informe a los miembros del centro acerca de la misma.

Fuente	Cantidad	Semanal	Bi-Semanal	Mensual	Annual	
Salario o Sueldo (propio)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salario o Sueldo (conyugue)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Salario o Sueldo (otro)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Indemnización Laboral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguro Social (Propio/Pareja)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguro Social (Menores)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
SSI (Supplemental Security)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sustento de Menores		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beneficios de Veterano		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beneficios de Desempleo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otros		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

TAMAÑO DEL HOGAR: Liste a todos los miembros del hogar con NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO Y RELACIÓN, inclúyase usted:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION	SEGURO SOCIAL
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

LEA CUIDADOSAMENTE

Declaro que el estatus financiero de mi hogar es como antes descrito. Entiendo lo siguiente:

- La Clínica Promesa utiliza dinero de taxes federales para asistirme en recibir mi tratamiento de salud
- Proveer información falsa acerca de mis ingresos del hogar es considerado un fraude en contra del gobierno de E.U.
- Cualquier cambio en mis ingresos o en el número de personas en mi hogar debe ser reportado al Centro Comunitario Promesa y una nueva aplicación debe ser completada.

Firma del aplicante _____ Fecha _____

Le requerimos que provea prueba de los ingresos mencionados para poder completar su aplicación.

Las próximas son aceptables como **pruebas de ingresos**:

- Planillas de Ingreso de Taxes Federales Corrientes
- Talonarios de cheques de los últimos 30 días
- Estado de Cuenta Bancario actual que muestre su depósito directo(SS, SSI, SSD, Fip, Manutención)
- Documento impreso de la oficina encargada de hacer los pagos (SS, SSI, SSD, desempleo, VA, etc.)
- Pagos de Pensión, Beneficios de Veteranos
- Orden de la Corte para pensión alimenticia o manutención de menores o evidencia impresa de pagos de manutención
- Declaración del empleador para salarios en efectivo (debe incluir el nombre del empleador, dirección y número de teléfono)
- Cartas de Regalía
- Carta del cuidador o encargado

Office Use Only:

Guarantor #: _____

Application Received/Entered: Date: _____ By: _____

	Yes	N/A	Notes:
Has patient or any household members applied for Medicaid/Medicare/other assistance?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unemployment Declaration Completed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Self-Declaration of Income Completed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Calculated Income Total: \$ _____ Household Size: _____

Sliding Fee Scale Level Approved: A B C D E

Family Planning SFS Level Approved: A B C D E

Reviewed for past dates of service for adjustments: Yes N/A By: _____

Patient Notified of SFS Application Status:

- At office/in person Reached patient by phone Attempted by phone/didn't reach patient

Date: _____