

Solicitud y evaluación familiar para servicios de salud con descuento

Por favor devuelva la solicitud y todo lo siguiente:

- Comprobante de ingresos (los 2 talones de cheque más recientes o una carta del patrón que indique los ingresos mensuales)
- Comprobante de otros ingresos si corresponde (cupones de alimentos, TANF, ayuda de miembros de la familia)
- Identificación con fotografía (licencia de conducir, pasaporte, etc.)

*Anote la siguiente información para **TODOS** los miembros del hogar, incluyendo a usted mismo*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación al paciente	Estudiante?	Ingreso
			SÍ / NO	
			SÍ / NO	
			SÍ / NO	
			SÍ / NO	
			SÍ / NO	
			SÍ / NO	

Nombre del solicitante: _____ **Número de teléfono:** _____

Dirección: _____

1. ¿Recibe vales de comida o Programa Asistencia Temporal para Familias Necesitadas? *Food Stamps/TANF?* **Sí / No**
2. ¿Alguna vez ha solicitado el seguro médico (Blue Cross, Medicaid, Medicare)? **Sí / No**
Have you ever applied for health insurance?

El monto adeudado se basará en los ingresos de su hogar y el número de miembros de su familia. El pago se espera al momento del servicio. La prueba de ingresos es obligatoria para determinar la tarifa con descuento.

Si no se proporciona la documentación al final de los 60 días, se le cobrará el monto total de los servicios.

Doy fe de que la información anterior es correcta según entiendo.

Firma _____
Fecha _____

Solo para el uso del personal:

Verified by: _____

Date applicant notified: _____

**Proporcionar documentos falsos o información engañosa puede resultar en la denegación de servicios. La inscripción abierta al mercado comienza en noviembre. Consulte a los trabajadores sociales para obtener más información.*