

SISKIYOU COMMUNITY HEALTH CENTER

Solicitud del programa de descuento de escala móvil

Siskiyou Community Health Center ofrece un programa de descuento de escala móvil para que usted pueda recibir servicios de atención de calidad, incluso si no puede pagar el costo total. El programa de descuento de escala móvil se basa únicamente en los ingresos y la cantidad de miembros del grupo familiar en relación con el nivel federal de pobreza. Para ser considerado para este programa, usted debe completar la siguiente solicitud y presentar comprobantes de ingresos. Si no presenta comprobantes de ingresos adecuados o si no cumple con los requisitos en función de los comprobantes que haya presentado, usted deberá pagar la totalidad de los cargos. Una vez que haya calificado para el programa, usted será elegible hasta el 31 de marzo. **Debe presentar una nueva solicitud y comprobantes de ingresos el 1 de abril de cada año o en su primera consulta después de esa fecha.**

USE TINTA AZUL O NEGRA PARA COMPLETAR ESTA SOLICITUD.

1 INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre de la parte responsable _____ Fecha de nacimiento _____
 Teléfono _____ Dirección _____
 Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

2 MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR

Es decir, usted, su cónyuge y dependientes menores de 19 años de edad. Los demás adultos del grupo familiar, aún si son parientes, no están incluidos y se considerarán de forma separada.

<u>NOMBRE (nombre y apellido)</u>	<u>PARENTESCO</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>INGRESOS BRUTOS MENSUALES</u>
_____	YO	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

3 COMPROBANTES DE INGRESOS

Se exigen comprobantes de ingresos por cada adulto mencionado arriba. Los tipos de comprobantes aceptados incluyen:

- **Recibos de pago:** Todos los recibos de pago correspondientes al último mes (correspondientes a los últimos 2 meses si el pago es mensual). Los comprobantes deben incluir el nombre del empleador, el período de pago y el salario bruto.
- **Carta de determinación para** Seguridad Social, discapacidad, desempleo (debe incluir el importe bruto semanal), manutención infantil/pensión compensatoria, compensación para trabajadores.
- **Para trabajadores autónomos:** Copia de su declaración de impuestos federales (1040) del año pasado junto con la página de firma (no se deben presentar formularios W-2 ni 1099).

4 FIRMA:

Entiendo que la información que proporcione se usará para determinar mi/nuestra capacidad para pagar. La información anterior es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que, si miento para recibir una tarifa reducida, estoy cometiendo fraude.

Firma _____ Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY

OHP COVERAGE

Current OHP Coverage (check MMIS)? Yes No

Date Checked _____

PROVISIONAL SLIDE DETERMINATION

Date Provisional Slide Used _____

SCHC Initials _____

If the Provisional slide is being used for today's application, indicate the family size/income estimated from the application and the discount amount. If the Provisional slide was previously used, leave the below lines blank.

Income Determination from application _____ Family Size from application _____

Provisional Slide Discount A B C D NONE

ANNUAL INCOME CALCULATION

Proof Received:

- ____ Pay Stubs
- ____ Social Security Award Letter
- ____ Unemployment Documentation
- ____ Federal Tax Return
- ____ Child/Alimony Support
- ____ Unable to Provide Documentation Letter
- ____ Other _____

Additional Notes:

Provisional Income:

Income Based on Proof:

DOCUMENTATION RECEIVED/DETERMINATION

Family Size (#): _____ Documented Family Annual Income: \$ _____

Qualifies for Slide: Yes ___ No ___ If no, why? _____

Discount Category (circle): A B C D

Siskiyou Community Health Center Signature

Date

**1-verify front page complete and signed 2-Add Prov Slide Note on all patients 3-Enter/update payer & link to Enc
4-add income info 5-date stamp all documents 6-Verify back page is complete**