

DESCUENTO DE LA TARIFA DESLIZANTE APPLICATION PROGRAMA

Paciente:

Fecha de Nacimiento:

1. ¿Se le reclama como dependiente de los impuestos de un pariente? Sí No

Comentario: _____

2. ¿Quién trabaja en el hogar? Yo ambos cónyuge

Comentario: _____

3. ¿Ha solicitado Medicaid o ha tenido cobertura de Medicaid en el último año? Sí No

Comentario: _____

4. ¿Tiene 65 años o más?

a. ¿Ha solicitado Medicare? Sí No

Comentario: _____

5. ¿Está recibiendo Discapacidad del Seguro Social? Sí No

6. ¿Ha sido inhabilitado recientemente, o será inhabilitado durante 12 meses? Sí No

7. ¿Está legalmente ciego? Sí No

Comentario: _____

8. ¿Es usted un veterano? Sí No

9. ¿Ha solicitado beneficios del VA? Sí No

Comentario: _____

10. ¿Está usted menor de 21 años, está embarazada o es el cuidador principal de un niño que vive en su hogar menor de 19 años? Yes No

11. ¿Ha solicitado Medicaid? Sí No

Comentario: _____

Por favor, circule el rango a continuación indicando los ingresos anuales estimados del hogar del paciente de acuerdo con el número de personas que viven en el hogar del paciente. Advance Community Health está obligado a reportar esta información al gobierno federal, y nos ayuda a entender mejor las necesidades de las comunidades a las que servíamos. No se divulgará ninguna información de identificación al gobierno federal. Su anonimato está protegido.

NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR	Less than 100% FPG Nominal Fee	101%- 125% FPG Nominal Fee	126%-150% FPG Nominal Fee	151%-175% FPG Nominal Fee	176%-200% FPG Nominal Fee	Greater than 200% FPG
	\$25.00	\$40.00	\$60.00	\$70.00	\$80.00	Full Pay
	A	B	C	D	E	
1	\$0 - \$12,760	\$12,761 - \$15,950	\$15,951 - \$19,140	\$19,141 - \$22,330	\$22,331 - \$25,520	\$25,521 and above
2	\$0 - \$17,240	\$17,241 - \$21,550	\$21,551 - \$25,860	\$25,861 - \$30,170	\$30,171 - \$34,480	\$34,481 and above
3	\$0 - \$21,720	\$21,721 - \$27,150	\$27,151 - \$32,580	\$32,581 - \$38,010	\$38,011 - \$43,440	\$43,441 and above
4	\$0 - \$26,200	\$26,201 - \$32,750	\$32,751 - \$39,300	\$39,301 - \$45,850	\$45,851 - \$52,400	\$52,401 and above

5	\$0 - \$30,680	\$30,681 - \$38,350	\$38,351- \$46,020	\$46,201 - \$53,690	\$53,691 - \$61,360	\$61,361 and above
6	\$0 - \$35,160	\$35,161 - \$43,950	\$43,951- \$52,740	\$52,741 - \$61,530	\$61,531 - \$70,320	\$70,321 and above
7	\$0 - \$39,640	\$39,641 - \$49,550	\$49,551- \$59,460	\$59,461 - \$69,370	\$69,371 - \$79,280	\$79,281 and above
8	\$0 - \$44,120	\$44,121 - \$55,150	\$55,151- \$66,180	\$66,181 - \$77,210	\$77,211 - \$88,240	\$88,241 and above
9	\$0 - \$48,600	\$48,601 - \$60,750	\$60,751- \$72,900	\$72,901 - \$85,050	\$85,051 - \$97,200	\$97,201 and above
10	\$0 - \$53,080	\$53,081 - \$66,350	\$66,351- \$79,620	\$79,621 - \$92,890	\$92,891 - \$106,160	\$106,161 and above

Nota: Si usted es clamado como dependiente de los impuestos sobre la renta de un pariente, no puede solicitar, la persona que reclama usted debe aplicar, utilizando su información.

Tamaño total del hogar **Ingreso Familiar Total \$**

Por favor, enumere a los miembros de la familia que viven en su hogar y son reclamados como dependientes a efectos fiscales.

HOGAR – Por favor enumere a los miembros de la familia que viven en su hogar y son reclamados como dependientes a efectos fiscales

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACION PRESENTADA ES VERDADERA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. Doy permiso a Advance Community Health para contactar a cualquier persona que pueda tener información sobre mi elegibilidad. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información en este formulario, mi Declaración Federal de Impuestos sobre la Renta, y la documentación adjunta presentada con esta solicitud, es verdadera, correcta y completa. Si se determina que cualquiera de la información proporcionada es inexacta o si no notifico inmediatamente a Advance community Health de cualquier cambio, entiendo que seré eliminado del Programa de Descuento de Tarifas deslizantes, y que seré responsable de todos los cargos retroactivo a la fecha en que se encontró que la información era inexacta, y que ya no puedo recibir atención con descuento de Advance Community Health.

Nombre del paciente:	Firma o Marca del Paciente o Tutor	Fecha
Testigo de empleado de ACH	Firma del empleado	Fecha
Testigo de empleado de ACH #2	Firma del empleado	Fecha

Los siguientes documentos deben confirmar su elegibilidad del programa de descuento de tarifas deslizantes de Advance Community Health.

DOCUMENTACION DE INGRESOS (ejemplos)

- Solicitud del Programa de Descuento de Tarifas deslizantes
- Paystubs (30 días actuales para todos los miembros de la familia trabajadora)
- Declaración de impuestos actual 1040
- Carta de Premio del Seguro Social de Desempleo, Discapacidad, Pensión
- Atestación de Empleo con Verificación de Ingresos
- Carta de oferta de empleo

Revisado 12/3/2019