

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA SEGÚN LOS INGRESOS



Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____
 Número de Seguro Social: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

SEGURO

¿Usted, o el paciente a quien representa, tiene seguro médico? Sí ☐ No ☐ ¿Tiene seguro dental? Sí ☐ No ☐
 Si respondió "Sí", aún puede calificar para el Programa de Descuento y pagar el monto menor entre la parte que le corresponde según su seguro o la tarifa reducida del programa. Por favor, presente su tarjeta de seguro en la recepción.

PROOF OF INCOME / PROOF OF IDENTIFICATION

Como Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC), Christ Community Health Services (CCHS) ofrece descuentos en las tarifas según los ingresos para pacientes sin seguro médico o con seguro insuficiente que cumplan con los requisitos de elegibilidad por ingresos. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente pueden calificar para el Programa de Descuento según el tamaño de su familia y la documentación adecuada de todos los ingresos del hogar. Por favor, presente uno de los siguientes documentos: tarjeta del Seguro Social, licencia de conducir vigente o identificación estatal vigente, acta de nacimiento, tarjeta ITIN o pasaporte.

- ☐ Sí, deseo solicitar el Programa de Descuento. (Por favor, complete todas las secciones a continuación y luego firme y escriba la fecha.)
☐ No, NO deseo solicitar el Programa de Descuento. (Por favor, pase directamente al final del formulario para firmar y escribir la fecha.)

¿Quiénes forman parte de su hogar?	Incluya	No incluya	Número
Usted mismo(a)			1
Su cónyuge	- Inclúyalo si está legalmente casado(a), sin importar el sexo de su cónyuge. - Inclúyalo si está legalmente casado(a) pero vive separado(a) (por ejemplo, si su cónyuge está prestando servicio militar, trabajando fuera de la ciudad o ausente por cualquier motivo que no sea una separación legal o un divorcio).	- No lo incluya si está legalmente separado(a) o divorciado(a). - No es necesario incluir a su cónyuge si usted es víctima de abuso doméstico, violencia doméstica o abandono por parte de su cónyuge.	
Hijo(s)	- Incluya el número de hijos dependientes menores de 21 años. - Incluya a los hijos adoptivos y a los menores en cuidado temporal (foster) que viven con usted y que puede reclamar como dependientes. - Incluya el número de hijos cuya custodia comparte, siempre que pueda reclamarlos como dependientes.	- No incluya a un hijo si no lo reclama como dependiente. - No incluya a un hijo que aún no ha nacido.	
Otros dependientes	- Incluya la cantidad de padres que reclama como dependientes. - Incluya la cantidad de hermanos y otros familiares que reclama como dependientes.	No incluya a una pareja de hecho que no esté legalmente casada. No incluya a compañeros de vivienda (roommates).	
Total de miembros del hogar (sume la columna de la derecha)			

Ingresos	Comprobante de ingresos	Monto
Formulario 1040, 1040A o 1040EZ del IRS correspondiente al año fiscal anterior.	Formulario 1040: Línea 37 Formulario 1040A: Línea 21 Formulario 1040EZ: Línea 4	
Si no tiene una copia de su declaración de impuestos, puede solicitar gratuitamente una copia de la transcripción de su declaración llamando al IRS al 1-800-829-1040 o en línea en: www.irs.gov/Individuals/Get-Transcript .		
Si no tiene su declaración de impuestos, deberá presentar comprobantes válidos de ingresos de TODOS los miembros del hogar.		
Ingresos por empleo	Si le pagan:	Cantidad de talones de pago
	Semanal	Promedio de 4
	Quincenal (cada 2 semanas)	Promedio de 2
	Dos veces al mes (los días 1 y 15)	Promedio de 2
	Mensual	Promedio de 1
Pensión alimenticia (alimony)	Talones de pago del mes más reciente	
Compensación por desempleo	Talones de pago del mes más reciente	
Beneficios del Seguro Social	Carta de beneficios más reciente de la Administración del Seguro Social o estado de cuenta bancario que muestre depósitos directos de la Administración del Seguro Social.	
Distribuciones de cuentas IRA o de planes de jubilación	Talones de pago del mes más reciente	
Intereses, dividendos, ingresos por alquiler, ingresos de negocios y ganancias de capital	Formulario 1040 más reciente	
Ingreso total del hogar (sume la columna de la derecha) ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual		

DECLARACIÓN JURADA DEL SOLICITANTE: Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que es mi responsabilidad completar esta solicitud y, si corresponde, proporcionar la documentación que compruebe los ingresos y la identificación de todas las personas que forman parte de mi hogar. Me comprometo a informar a Christ Community Health Services si mi situación financiera cambia de manera significativa.

También entiendo que proporcionar información o documentación falsa en esta solicitud resultará en la denegación de mi solicitud y que cualquier descuento recibido bajo información falsa será revocado, por lo que seré responsable del pago total de todos los cargos correspondientes.

Reconozco que Christ Community Health Services (CCHS) está regulado por las políticas y reglamentos establecidos por el gobierno federal y que es ilegal proporcionar información falsa o engañosa en esta solicitud. Asimismo, acepto colaborar con CCHS en la verificación de cualquier información contenida en esta solicitud y autorizo a CCHS a obtener la información necesaria de empleadores, agencias gubernamentales, proveedores de atención médica y otras fuentes.

¿Cómo proporcionará un comprobante válido de ingresos?

- ☐ Proporcionaré hoy un comprobante válido de ingresos.
☐ No puedo proporcionar hoy un comprobante válido de ingresos y declaro por mi cuenta el ingreso total de mi hogar.

Firma: _____

Fecha: _____

Revisado 20200224