



SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFAS VARIABLES

Este programa ayuda a reducir el costo de la atención médica para los pacientes en función de sus ingresos y el tamaño de su hogar.

Información del paciente

Nombre y apellidos del paciente: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Apellidos, Nombre

Fecha de la Solicitud: ____ / ____ / ____ Fecha de la cita: ____ / ____ / ____

Información de contacto

Dirección actual:

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

- ☐ Ahora no tengo una dirección postal donde recibir correspondencia.
☐ Se trata de un refugio, un centro de día o un alojamiento temporal.

Si utiliza la dirección de un refugio, centro de día u organización:

Nombre de la organización: _____

Persona de contacto (si se sabe): _____

¿Dónde te alojas hoy? (Opcional)

- ☐ Sin hogar / sin refugio
☐ Refugio o vivienda de transición
☐ Alojado con amigos o familiares
☐ Vivienda propia o alquilada
☐ Otro: _____

Teléfono:

Celular _____ Alternativo _____

- ☐ Ahora mismo no tengo un teléfono que funcione.
-

Información sobre el hogar

Cuéntese a sí mismo y a todas las personas que vivan con usted y compartan gastos. Un hogar se define como un conjunto de personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción, así como parejas del mismo sexo y parejas de hecho. Los compañeros de piso, personas sin parentesco que comparten el alquiler y los gastos de suministros a cambio de una parte del espacio en una vivienda, no se consideran parte del hogar a efectos de esta determinación.

Seleccione una opción:

☐ Hogar unipersonal (solo yo)

☐ Más de una persona en el hogar: número total de personas, **incluido usted mismo**: _____

Por favor, enumere los miembros del hogar:

	Nombre y apellidos	Fecha de nacimiento
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____

Ingresos familiares

Indique los ingresos de todos los miembros adultos del hogar (tal y como se definen anteriormente). Si no tiene ingresos, escriba "0". Si los ingresos varían de un mes a otro, calcule el promedio.

Fuente	Importe anual
Salarios, sueldos y propinas brutos	\$ _____
Seguridad Social	\$ _____
Discapacidad	\$ _____
Agricultura/Trabajo por cuenta propia (neto)	\$ _____
Desempleo	\$ _____
Asistencia pública (no cupones de alimentos)	\$ _____
Compensación laboral	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____
Manutención infantil	\$ _____
Ingresos militares	\$ _____
Beneficios para veteranos	\$ _____
Pensiones/Anualidades	\$ _____
Intereses/dividendos	\$ _____
Ingresos por rentas	\$ _____

Ingresos totales del hogar: \$ _____

Prueba de ingresos

Solicitamos una prueba de ingresos. Si no dispone de los documentos necesarios, por favor, háganoslo saber. Un miembro del personal le ayudará a documentar su situación.

Seleccione una opción:

- ☐ Dispongo de documentos que acreditan mis ingresos, los cuales adjunto a esta solicitud, incluidos los documentos que acreditan los ingresos de todos los miembros del hogar identificados.
- ☐ No tengo ingresos actuales y solicito la ayuda de un miembro del personal competente para completar una Declaración de ingresos nulos.

Algunos ejemplos de comprobantes de ingresos son:

- Formulario W-2 o los últimos recibos de sueldo del último mes de empleo
 - Declaración de impuestos actual
 - Carta de concesión de desempleo, seguridad social, discapacidad o compensación laboral
 - Carta de concesión de manutención infantil y/o pensión alimenticia
 - Información sobre pensiones o ingresos por jubilación
 - Carta del empleador en la que se establezcan los ingresos
 - Carta de la persona o personas que proporcionan la ayuda, en la que se indique la cantidad y la frecuencia de la misma
 - Carta de una organización sin fines de lucro o de un refugio
-

Información de seguro (si procede)

El Centro Wright para la Salud Comunitaria no exige a los pacientes que se inscriban en un seguro público o privado. Sin embargo, el personal está disponible para informar a los pacientes sobre las coberturas de salud financiadas con fondos públicos, como Medicaid, a las que pueden tener derecho. En muchos casos, también podemos ayudar a los pacientes que reúnen los requisitos con el proceso de inscripción para determinados beneficios y coberturas. Si está interesado, comuníquelo a un miembro del personal.

Seguro Médico: ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo:

Compañía aseguradora (nombre y dirección): _____

No. de póliza: _____

El titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular: _____

Seguro Dental: ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo:

Compañía aseguradora (nombre y dirección): _____

No. de póliza: _____

El titular de la póliza: _____ Fecha de nacimiento del titular: _____

Empleo (si procede)

Oficio: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Si su situación financiera ha cambiado desde su última solicitud, proporcione pruebas de sus ingresos actuales o de su situación financiera e incluya una breve explicación en la que describa el cambio.

Declaración del Paciente

Confirmando que la información que he proporcionado es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Por favor, marque todo:

Al firmar este formulario, entiendo y acepto que:

- ☐ Entiendo que es posible que se requiera documentación adicional para determinar mi elegibilidad para el Programa de Descuentos de Tarifas Variables (SFDP).
- ☐ Entiendo que el Centro Wright para la Salud Comunitaria puede asignar un trabajador de salud comunitario o un administrador de casos para brindarme apoyo a mí y/o a mi familia.
- ☐ Acepto notificar al Centro Wright para la Salud Comunitaria sobre cualquier cambio en mi situación financiera, el tamaño de mi hogar o los ingresos familiares, incluidos los cambios en los ingresos que caigan por debajo del 200 % del nivel federal de pobreza.
- ☐ Si utilizo una dirección que no es la mía, tengo permiso para usarla y puedo recibir correo allí.
- ☐ Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es verdadera y precisa.

Firma del paciente o tutor _____ Fecha ____ / ____ / ____

Relación con el Paciente (si procede) _____

FIN DE LA SOLICITUD – NO CONTINÚE- A MENOS QUE SE COMPLETE UNA DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS NULOS



DECLARACIÓN DE INGRESOS NULOS

Información del paciente

Nombre y apellidos del paciente: _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____
Apellidos, Nombre

Fecha de la Declaración ____ / ____ / ____

Por la presente declaro que yo, _____, no tengo ingresos.

Por favor, indíquenos cómo está satisfaciendo sus necesidades en relación con los siguientes aspectos. Si otra persona le está ayudando con alguno de ellos, incluya su nombre completo y las cantidades pagadas (si procede). Si vive en un refugio, utiliza bancos de alimentos/comedores sociales, etc., indique los nombres de dichos lugares.

Alimentación

Vivienda

- ☐ Sin hogar / sin refugio
- ☐ Refugio o vivienda de transición
- ☐ Alojado/a con amigos o familiares
- ☐ Vivienda propia o alquilada

Utilidades

Declaración del Paciente

Al firmar este formulario, entiendo y acepto que:

☐ Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es verdadera y precisa.

Firma del paciente o tutor _____ Fecha ____ / ____ / ____

Relación con el Paciente (si procede) _____

DECLARACIÓN DE INGRESOS NULOS - NO CONTINÚE