



## **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 viven con usted y comparten 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

Confirmo 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 COMPLETEN*

**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**