

**Información del Seguro:**

Medicare     Medicaid     Otra: \_\_\_\_\_     Secundaria: \_\_\_\_\_

**Información de Ingresos:**

Como centro de salud calificado federalmente, Family Health Care debe recopilar información de ingresos para ver si usted es elegible para tarifas reducidas. El siguiente formulario debe completarse y firmarse junto con el **comprobante de ingresos (consulte la lista en el reverso para ver formas aceptables de ingresos)**.

**FUENTES DE INGRESOS:** Todos los miembros que viven en la familia / hogar. Se considera "familia / hogar" a todas las personas que viven con usted en la misma dirección que dependen económicamente de usted o de las que usted depende. Si la situación de vida es temporal, informe al personal de FHC.

Source	Cantidad (\$)	Semanal	Bisemanal	Mensual	Anual
Salario (mismo/a)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salario (espos/a)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salario (otro/a)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Compensación de Trabajadores (SIIS)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad Social (Mismo/Espos(a))		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seguridad Social (Hijos)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SSI (Seguridad Suplementaria)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manutención de Niños/Pensión Alimenticia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficios Militares/Veteranos		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beneficios de Desempleado		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros Miembros de la Familia		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TAMAÑO DEL HOGAR:** Enumere a todos los miembros del hogar, **incluya usted mismo:**

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

Si se necesita más espacio, escriba los otros miembros de la familia/hogar en el espacio en blanco en el reverso del formulario.

**Ingresos del Hogar (Antes de Impuestos):**

\$ \_\_\_\_\_     Mensual     Anual

O

**Prefiero no revelar ingresos. Al elegir no revelar mis ingresos, entiendo que seré responsable de cualquier saldo no pagado por un seguro de terceros.**

**POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE**

Declaro que el estado financiero de mi hogar es el indicado anteriormente. Entiendo lo siguiente:

- Family Health Care está utilizando dinero federal para ayudarme a recibir atención médica
- Dar información falsa sobre los ingresos de mi hogar puede considerarse fraude
- Cualquier cambio en mis finanzas o en el número de personas en mi familia/hogar se debe informar a Family Health Care y se debe completar una nueva solicitud

Firma del Paciente/Garante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Prueba de Ingresos Aceptada

Debe completar un comprobante de ingresos enumerados para completar su solicitud. Las siguientes son formas aceptables de ingresos:

- Impuesto federal reciente (formulario 1040-1040 EZ)
- Impresión de pagos de cualquier oficina gubernamental (SS, SSI, SSD, desempleo, VA, etc.)
- 2 recibos de pago más recientes
- Pagos de pensión, beneficios para veteranos
- Carta del empleador para salarios en efectivo (debe incluir el nombre del empleador, firma, dirección y número de teléfono)
- Orden judicial de pensión alimenticia o manutención infantil o impresión para pagos de manutención infantil
- Carta de adjudicación (becas estudiantiles, estipendios, etc.)
- Carta del cuidador
- Identificación del Departamento de Correcciones si el paciente está actualmente encarcelado.
- Carta de un refugio para personas sin hogar, p. Casa Shalom

#### Miembros Adicionales de la Familia/Hogar (si es necesario)

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación

#### For Office Use Only:

Guarantor #: \_\_\_\_\_

Patient Proof of Income:

Patient Declined

Awaiting

Received

POI Document Type Received (write all applicable): \_\_\_\_\_

Received Date: \_\_\_\_\_ POI info entered by: \_\_\_\_\_

Calculated Gross Income: \$ \_\_\_\_\_  Monthly  Annually Household Size: \_\_\_\_\_

<u>Sliding Fee Scale Level Approved:</u>	Nom Fee	1	2	3	4	FHC Full
------------------------------------------	---------	---	---	---	---	----------

POI action created to billing for Review for past dates of service for adjustments:  Yes  N/A

Form Completed By: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_