



Family Health Care
Seguro del Paciente y Formulario de Ingresos

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: _____