



Solicitud para asistencia financiera – PROGRAMA DE ESCALA MÓVIL

Nombre Legal: _____ Fecha De Nacimiento: _____

Número De Seguro Social: _____

Dirección De Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Física (Si diferente a correspondencia): _____

Correo Electrónico: _____ @ _____

Teléfono: Casa: _____ Cell: _____ Trabajo: _____

Estado Marital Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a

Mencione estudiantes de tiempo completo que vivan en su casa: _____

Mencione cualquier cambio de su Seguro Médico: _____

Lista de Miembros de Familia y personas que viven en el hogar. Si necesita más espacio, adjunte una hoja.	Fecha de Nacimiento	Relación al Solicitante	Asegurado Si o No	Tipos De Ingresos: Salario, desempleado, pensionado, Seguridad Social, pensión alimenticia, Ingreso de renta, inversión, otro tipo de ingreso que se le apliquen impuestos	Cantidad Cada Mes Antes de Los Impuestos (autoempleo net)
		Si Mismo			
					Monthly Gross Total:

Número de Personas que viven en su residencia: _____

Empleador del solicitante: _____ Cada cuánto se le paga? _____ Fecha de Inicio: _____

Empleador de otros miembros de la casa: _____ Cada cuánto se le paga? _____ Fecha de Inicio: _____

Si está Desempleado, fecha de su ultimo cheque: _____

Por Favor mencione la cantidad mensual que recibe de:

Cantidad De SNAP \$ _____	Manutención de los hijos \$ _____	SSI \$ _____	Beneficio de Veterano \$ _____	Otro: _____
---------------------------	-----------------------------------	--------------	--------------------------------	-------------

DECLARACION: Al firmar la solicitud de SFDP, el paciente/persona responsable autoriza al Centro a confirmar los ingresos y el tamaño de la familia/hogar como se revela en la solicitud. Proporcionar información falsa en una solicitud SFDP dará como resultado de la revocación de todos los descuentos de SFDP y todo el saldo total de la cuenta tendrá que ser restaurado y pagado inmediatamente.

Firma Del Solicitante: _____	Fecha: _____
------------------------------	--------------



Instrucciones- Solicitud De Programa De Descuento De Tarifa Variable

El Centro De Salud De Rockbridge ofrece un programa de descuentos de tarifa variable (SFDP) para garantizar, a los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente según los ingresos anuales y el tamaño de la familia según las pautas Federales anuales de pobreza del Departamento De Salud Y Servicios Humanos De Los Estados Unidos. El Centro De Salud De Rockbridge no discrimina con respecto a la raza, color, religión, origen nacional, edad, sexo, orientación sexual o discapacidad, a nadie se le negará el acceso al servicio debido a la imposibilidad de pagar.

Completé la solicitud por completo y envíe un comprobante de los ingresos del hogar junto con la solicitud completada. El paciente/Persona responsable debe completar la solicitud de SFDP en su totalidad. Las solicitudes incompletas y las solicitudes con documentación de ingresos faltantes serán devueltas y tendrán un procedimiento significativamente retrasado. La elegibilidad del paciente para SFDP será renovada al menos una vez al año y cada seis meses para pacientes sin ingresos.

INGRESOS:

Los ingresos y pruebas requeridas se definen como:

- * Salario, sueldo, y propinas:
 - Comprobantes de pago de un mes que muestren la cantidad bruta (antes de deducir los impuestos)
 - Declaración de Verificación de ingresos de RAHC que debe ser completada por el empleador.
 - Declaración de impuestos federales del año anterior (IRS 1040)
- * Ingresos de Autoempleo: Declaración de impuestos federales del año anterior para determinar el ingreso neto. (IRS 1040)
- * Compensación por desempleo: Carta de determinación
- * Beneficios de Seguro Social: Carta de premios del año actual que enumera la cantidad mensual antes de las deducciones.
- * Pensión Alimenticia: Prueba legal o carta oficial de premios.
- * Ingresos de Jubilación o Pensión incluyendo IRA o Retiros 401(K): Estados de cuentas bancarias
- * Ingresos de inversiones como dividendo o intereses: Declaración Mensual o Carta de premios
- * Compensación de Trabajadores: Carta de Determinación
- * Ingresos por Alquiler: Copia de arrendamiento o pago del alquiler
- * Otros ingresos imponibles, como premios otorgados y ganancias de juego

Si no hay ingresos: El paciente y la persona que brinda el apoyo financiero deben firmar un formulario de declaración de apoyo que RAHC provee.

Contamos lo siguiente solo para habilitar servicios: Manutención de los hijos, ingresos ganados de hijos menores, Ingresos de Seguridad Suplementarios, Beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), pagos por Discapacidad de Veteranos o ingresos de préstamos (Préstamos Estudiantiles, Préstamos con garantía hipotecaria, o Prestamos bancarios)

Hogar/Familia

Hogar/Familia se define como: Una persona o un grupo de dos personas o más relacionadas por nacimiento, matrimonio legal, o adopción y residen juntas. Esto excluye a las personas que pueden vivir bajo el mismo techo pero que no dependen financieramente del paciente o no apoyan financieramente al paciente, como compañeros de cuarto u otros que no son familiares

Otros Adultos en el Hogar: Si usted es un cónyuge en el hogar, también se requiere comprobante de sus ingresos. Los hijos adultos dependientes deben presentar una prueba de su dependencia (IRS 1040)

Comentarios: Por favor utilice esta área para explicar cualquier circunstancia inusual que considere útil para su caso