

Aplicación Para La Escala De Descuento
United Community Health Center

Aplicación introducida por: _____ Fecha: _____ Fecha de vencimiento: _____

Nombré completo de paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Domicilio _____ Apt /Lote # _____ # de Teléfono(casa) _____ Celular _____	
Ciudad _____ Estado _____	Código postal _____

Usted o alguien en su familia han aplicado para el **Medical (título XIX)** Si No Cuando _____ Quien _____

Por favor liste a todos los miembros de su hogar incluyéndose a usted:

MR #	Nombre	Fecha de nacimiento	Numero de Seguro Social	Empleador/ocupación	Relación

Por favor indique cuales de las siguientes Fuentes de ingresos usted recibe en su hogar, quien las recibe y que tan seguidos las recibe:

		Quien		Que tan seguido				Quien		Que tan seguido	
Si	No	Empleo			Si	No	Beneficios veteranos				
Si	No	Manutención para niños			Si	No	Renta de Propiedades				
Si	No	Desempleo			Si	No	SS,SSI,SSD				
Si	No	Fip/Welfare			Si	No	Compensación de trabajador				
Si	No	Pensión Compensatoria			Si	No	Empleo por cuenta propia				
Si	No	Pension			Si	No	Salarios en efectivo				
Otro: _____											

Se le requiere proporcionar pruebas de ingresos mencionados anteriormente, a fin de completar su solicitud. Las siguientes formas son aceptadas como comprobante de ingresos:

- Formulario actual de impuestos federales (1040-1040EZ)
- Estado de cuenta actual, mostrando el depósito del Seguro Social o una copia de la oficina del SSI
- Talones de cheque mostrando un mes consecutivo de los ingresos
- (Salarios en efectivo) Una carta del empleador (debe incluir el nombre del empleador, dirección, número de teléfono y firma)
- Carta del Guardián (si alguien le ayuda a cubrir sus gastos)

Al firmar, yo certifico que la información proporcionada es verídica y exacta. También entiendo que es mi responsabilidad actualizar mi información de ingresos cuando cambie y que soy responsable de los gastos médicos de esta familia. Me doy cuenta de que la clínica está utilizando dinero de impuestos federales para ayudarme a recibir atención médica. Yo entiendo que dar información falsa con respecto a mis ingresos es considerado fraude contra el Gobierno de los Estados Unidos. Nota: No todos los exámenes de laboratorio son cubiertos por la escala de descuento. Favor pregúntele a su proveedor si sus exámenes de laboratorio son cubiertos por la escala de descuento antes de dar su consentimiento.

Firma de la persona responsable de la cuenta: _____ Fecha: _____

Guarantor # _____ Acct# _____

Date SFS application Received: _____ By: _____



Programa de escala de Descuento

¿Qué es la Escala de Descuento?

La escala de descuento es el costo que usted paga, el cual está basado en sus ingresos económicos y el número de personas viviendo en su hogar. Por ejemplo, si sus ingresos son bajos, usted pagará menos que una persona de más altos ingresos.

¿Cualquier persona puede aplicar para el programa de la Escala de Descuento?

Sí, todos son invitados a aplicar para el programa de la escala de descuento

¿Puedo venir a UCHC si tengo seguro médico?

Si. Aceptamos un gran número de seguros médicos incluyendo Medicaid & Medicare. Asegúrese de traer su tarjeta de su seguro médico cuando venga a sus citas a UCHC.

¿Puedo aplicar para la escala de descuento si tengo seguro médico con un deducible muy alto o servicios que no son cubiertos?

Los pacientes con seguro médico pueden ser elegibles para descuento de servicios no cubiertos por su seguro médico

¿Qué es lo que necesito traer a United Community Health Center para aplicar para el programa de la escala de descuento?

- *La declaración de impuestos más reciente de cada adulto que trabaje en su hogar.*
- *Comprobantes de cheques del último mes por cada persona que trabaje en su hogar.*
- *Nombres, fecha de nacimiento y número de seguro social de cada persona que viva en su hogar.*

¿Cuánto tiempo tengo para completar y regresar la escala de descuento a UCHC?

Toda la documentación incluyendo la aplicación necesita ser entregada a UCHC en el plazo de dos semanas después de su cita.

Por Favor, revise la lista para comprobar otros comprobantes de ingresos.



Lista de requisitos para la aplicación de escala de descuento

Favor de proporcionar alguna de las siguientes

- Formulario actual de impuestos federales (Formulario 1040 – 1040EZ)
- Estado de cuenta actual, mostrando el depósito directo de FIP, o pensión alimenticia
- Pagos de pensiones, beneficios para veteranos (la declaración bancaria sólo sirve comprobar para el ingreso fijo)
- Talones de cheque consecutivos del mes más reciente
- Orden de la corte de la pensión alimenticia o manutención de menores o impresión para pagos de manutención
- Si recibe pagos en efectivo, necesitara una carta del empleador (debe incluir el nombre del empleador, dirección y número de teléfono y firma)
- Carta de ingresos
- Copia de la oficina que publica el pago de SS, SSI, Desempleo o VA
- Empleo-propio debe proporcionar declaración de impuestos federales