## Número de cuenta del paciente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
|  |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Nombre del Paciente:** |  |  |  | |  | **Apellido** | **Nombre** | **Inicial del Segundo nombre** | | **Dirección:** |  |  |  | |  | **Número y Calle** |  | **Apartamento/Unidad #** | |  |  |  |  | |  | **Ciudad** | **Estado** | **Código Postal** | | **Fecha de Nacimiento:** |  | **Número de Seguro Social:** |  |  |  |  | | --- | --- | | **Teléfono de la Casa:** | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono Móvil\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |  |  | |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Miembros del Hogar** | **Relación** | **Fecha de Nacimiento** | **Ingreso Mensual** |  | **MIEMBROS DEL HOGAR ADICIONALES** | **Relación** | **Fecha de Nacimiento** | **Ingreso Mensual** |
|  | **Solicitante** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**¿Tiene usted seguro? SI NO (En caso afirmativo, incluya una copia de la tarjeta de seguro.)**

**Me gustaría una cita para discutir mis opciones de seguro o comprender mejor mi cobertura. Si  No**

**Por pavor provea pruebas de residencia y de todos los ingresos en el hogar. Por favor, consulte la lista en la documentación adjunta (al reverso). El no proporcionar pruebas suficientes podría resultar en la devolución de su solicitud y la demora en la aprobación.**

**Pido con esta solicitud que Neighborhood Health Center haga una determinación de mi elegibilidad para el programa de tarifas de pago en escala. Entiendo que la información que yo presente en relación con la cantidad de ingresos del hogar y el tamaño de mi familia está sujeta a ser verificada. También entiendo que si la información, que entrego yo, se determina como falsa, seré responsable por el pago de los servicios en su totalidad Al firmar esta solicitud yo afirmo que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi entendimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar al Centro de Salud Neighborhood Health de todos los cambios en mi seguro y que dejar de hacerlo significa que seré responsable por la totalidad del pago. Entiendo que el personal de Inscripción puede utilizar la información de mi solicitud y la verificación de ingresos para ayudarme con necesidades médicas y sociales adicionales, si así lo solicito.**

**Firma del Paciente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Signature: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Para uso de las oficinas solamente/For Office Use Only: Date Effective: \_\_\_\_\_\_\_\_ Household Income per year: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SFS:  A $3  B $15  C $40  D $50  E $60**

**Review By Staff: \_\_\_\_\_\_\_**

**Patient case sent to Social Supports (as applicable) Yes No**

**Entered Into Athena Medical and Dental:**

**Uploaded into Athena:**

**Supervisor/Manager Review: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Additional Comments \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER**

**LISTA DE DOCUMENTACION PARA DETERMINAR ELIBIBILIDAD**

**EN EL PROGRAMA DE TARIFAS DE PAGO EN ESCALA**

**Nombre del solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de solicitud \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***\*******Su solicitud no se considera completa hasta que todos los documentos requeridos sean recibidos.***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRUEBA DE RESIDENCIA \*-** Debe mostrar **UNO** de los documentos de la lista a continuación para documentar su domicilio. Fotocopias de documentación son aceptables.

**\* PARA NIÑOS, EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO, LAS CALIFICACIONES ESCOLARES O LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES MOSTRANDOLOS COMO SUS DEPENDIENTES, SON LAS UNICAS PRUEBAS ACEPTABLES**

**RESIDENCIA/DIRECCION DE CASA** *(debe coincidir con la dirección de su solicitud y la prueba debe estar fechada no antes de 2 meses de la fecha de la solicitud)*

* Tarjeta de identificación del estado de NY válida mostrando la dirección
* Licencia de conducir válida
* Factura de impuestos de la propiedad o factura de hipoteca
* Carta/contrato de arrendamiento/recibo de alquiler con la dirección del domicilio del propietario
* Sobre con sello postal, tarjeta postal, o portada de revista con rótulo indicando nombre del paciente y fecha (no puede utilizar si fue enviado a una caja de correo)
* Factura de servicios públicos (gas, cable, eléctrico), estado de cuenta bancaria, o correspondencia de una agencia de gobierno que contenga el nombre y la dirección del paciente

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PRUEBA DE LOS INGRESOS ACTUALES DEL HOGAR:** Usted debe presentar una carta, una declaración escrita o copia de los talones de cheque de la empresa, persona o agencia que proporciona los ingresos. Presente todas las que apliquen. Entregue la documentación que pruebe sus ingresos antes de impuestos más reciente. Esta prueba deberá estar fechada dentro los últimos 2 meses e incluir el nombre del empleado además de mostrar los ingresos en bruto durante el periodo de pago.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sueldos y Salarios**  □ Talones de cheques de pagos (4 semanas consecutivas)  □ Carta del empleador, firmada y fechada en papel membreteado de la compañía.  Declaración de impuestos sobre la renta – Formulario W-2\*\*  □ Registros comerciales | **Seguro Social**  **□** Carta de adjudicación / Certificado  □ Cheque de beneficios  □ Correspondencia de la Administración de Seguro Social | **Manutención Infantil/de Pareja**  □ Carta notarizada de la persona que proporciona apoyo  □ Carta de la Corte  □ Talón de cheque de manutención infantil/de pareja |
| **Empleo por cuenta propia**  □ Declaración de impuestos firmada y fechada y todos los formularios\*\*  □ Registros de ingresos y gastos | **Beneficios de Desempleo**  □ Carta de adjudicación / Certificado  □ Cheque de beneficios  □ Correspondencia del Departamento de Mano de Obra del Estado de Nueva York | **Intereses/Dividendos/Regalías**  □ Declaración del banco, cooperativa de crédito o institución financiera  □ Carta del corredor de bolsa  □ Carta del agente |
| **Beneficios de Veteranos**  □ Carta de adjudicación de beneficios  □ Talón de cheque de beneficios  □ Correspondencia de la administración de Veteranos | **Compensación de Trabajadores**  □ Carta de adjudicación de beneficios  □ Talón de cheque | **Ingresos de Alquiler/renta o de Alojamiento y Comida**  □ Carta de la persona que ocupa el espacio y recibe los servicios  □ Talón de cheque |
| **Pensiones Privadas/Anualidades**  □ Estado de cuenta de la pensión/anualidad | **Pagos/Servicio Militar**  □ Carta de adjudicación de beneficios  □ Talón de cheque | **Apoyo de otro(s) miembro(s) de la familia**  □ Declaración notarizada o carta de miembro de la familia que provee el apoyo |

**\*\****Los formularios W-2’s o las declaraciones de impuestos para aquellos individuos que tienen empleo por cuenta propia pueden ser utilizados para solicitudes que se entreguen antes de abril del año siguiente. Si se entrega en una fecha posterior, deberá incluir otro tipo de documentación.*

**Dependientes:** Consideramos los ingresos del hogar según las pautas de dependencia del Servicio Ingresos Internos (IRS por sus siglas en inglés). No puede incluir a un dependiente aquí si no puede ser incluido en su declaración de impuestos. Encuentre referencia a esto en este enlace: (http://www.irs.gov/taxtopics/tc354.html)