##  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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
|  |  |

 |
|  |

**Estado de Vivienda – Marque la casilla que describa el estado de vivienda en la que se encuentra actualmente**

[ ] **Vivienda permanente** [ ] **Vivienda de Apoyo Permanente** [ ] **Temporalmente en varias viviendas** [ ] **Refugio** [ ] **En la Calle** [ ] **Vivienda de Transición**

[ ] **Desconocido** [ ] **Otro**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Para uso de las oficinas solamente/For Office Use Only: Fecha de validez: \_\_\_\_\_\_\_\_ Ingreso anual del hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Este caso ha sido enviado a apoyo social (según corresponda)** [ ] **Si** [ ] **No**

[ ] **La solicitud de tarifa de pago en escala ha sido ingresada en Athena** [ ] **Informacion de la solicitud ha sido ingresada en Athena Medico y Dental:**

[ ] **El estado de vivienda ha sido actualizado en Athena**

[ ] **Revisado por el Personal de la Clinica: \_\_\_\_\_\_\_** [ ] **Revisado por el Supervisor/Manager: \_\_\_\_\_\_\_\_**

**Comentarios Adicionales \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER**

**LISTA DE DOCUMENTACION PARA DETERMINAR ELIBIBILIDAD**

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

**SLIDING FEE DOCUMENTATION CHECKLIST FOR ELIGIBILITY**

**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 Nueva York con la dirección**
* **Licencia de conducir**
* **Registro de impuestos de la propiedad o estado de cuenta de la hipoteca**
* **Carta/recio de arrendamiento/alquiler con la dirección de la casa del propietario**
* **Sobre con estampillado, tarjeta postal o etiqueta de revista con nombre y fecha (no se puede usar si se envia a un apartado postal PO Box)**
* **Factura de servicios públicos (gas, electricidad, cable), estado de cuenta bancario o correspondencia de una agencia gubernamental que contenga nombre y dirección**

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

**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\*\* | **Seguro Social** **□** Carta de adjudicación / Certificado □ Cheque de beneficios □ Correspondencia de la Administración de Seguro Social□ Estado de cuenta de pensión o anualidad | **Manutención Infantil/de Pareja** □ Carta notarizada de la persona que proporciona apoyo □ Carta de la Corte□ Talón de cheque de manutención infantil/de pareja | **Beneficios de Veteranos** □ Carta de adjudicación de beneficios □ Talón de cheque de beneficios□ Correspondencia de la administración de Veteranos |
| **Beneficios de Desempleo** □ Carta de adjudicación / Certificado □ Cheque de beneficios □ Correspondencia del Departamento de Mano de Obra del Estado de Nueva York | **Compensación de Trabajadores** □ Carta de adjudicación de beneficios □ Talón de cheque  | **Incapacidad** □ Carta de adjudicación de beneficios □ Talón de cheque | **Otros- incluya cartas o estados de cuentas*** Intereses
* Dividendos
* Derechos de autor
* Ingresos de alquiler o por alojamiento y comida
* Apoyo de parte de otros familiares
 |

**\*\****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)