

NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER
SOLUCITUD DE DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD
PROGRAMA DE TARIFAS DE PAGO EN ESCALA

Attachment C Spanish

Nombre del Paciente _____ Número de cuenta del paciente _____

Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Dirección _____
 (Número y Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Número de Teléfono: Casa: _____ Celular: _____

Por favor marque lo que mejor describa su estado actual de vivienda:

- En vivienda (seguro, permanente, ocupada legalmente)
 En un albergue de emergencia (para personas sin vivienda o para víctimas de violencia doméstica)
 Vivienda transitoria (en programa de tratamiento, hospital, cárcel, lugar de cuidado a enfermos o ancianos, motel de pago diario, semanal o con cupones)
 Compartido (viviendo temporalmente con familia, amigos, u otras personas)
 Sin vivienda (en un lugar no designado para ocupación humana, la calle, bajo un puente, carro, parque/bosque, tienda de campaña, edificio abandonado)

Por favor indique la siguiente información de cada una de las personas que viven con usted

Miembros del Hogar	Relación	Fecha De Nacimiento	# Seguro Social	Ingreso/ Sem/mes/año	Prueba de Ingresos

1. Usted tiene: Medicaid * Medicare * Independent Health * Community Blue * Univera * Child Health Plus * Blue Cross/BS

(Adjuntar copia de la tarjeta de seguro) Otro tipo de cobertura _____

Por favor proporcionar prueba de todos los ingresos en el hogar y del número de personas que conforman la familia. Por favor, consulte la lista en la documentación adjunta (del otro lado de la hoja). 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 (NHC) haga una determinación de mi elegibilidad para el programa de tarifas de pago en escala. Entiendo que la información que presento en relación con el número de miembros en mi familia y la cantidad de ingresos está sujeta a verificación. También entiendo que si la información, que entrego yo, se determina que es 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 leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a NHC de todos los cambios en mi seguro y que dejar de hacerlo significa que seré responsable por la totalidad del pago.

Firma: _____ Fecha: _____

**LISTA DE DOCUMENTACION PARA DETERMINAR ELEGIBILIDAD
AL 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

*PARA NIÑOS PRUEBAS ACEPTABLE INCLUYEN: CERTIFICADO DE NACIMIENTO, CALIFICACIONES ESCOLARES O LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES MOSTRANDOLOS COMO SUS DEPENDIENTES.

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 pruebas que correspondan. Presente la documentación más reciente que pruebe sus ingresos antes de impuestos. 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 cheque de pago(4 semanas consecutivas) Carta del empleador, firmada y fechada en papel membreteado de la compañía	Seguro Social Carta de adjudicación / Certificado Correspondencia de la Administración de Seguro Social	Manutención Infantil/ Manutención de Pareja Carta notariada de la persona que proporciona apoyo Carta de la corte Talón de cheque
Empleo por Cuenta Propia Declaración de impuestos firmada y fechada y todos los formularios correspondientes 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 de agente
Beneficios de Veteranos Carta de adjudicación Talón de cheque de beneficios Correspondencia de la Administración de Veteranos	Compensación de Trabajadores Carta de Adjudicación Talón de Cheque	Ingresos del Alquiler/renta o de Alojamiento y Comida Contrato de alquiler de la propiedad firmado Talón de cheque
Pensiones Privadas/A anualidades Estados de cuenta de las pensiones/a anualidad	Pagos/Servicios Militar Carta de Adjudicación Talón de Cheque	Apoyo de otros Miembros de la Familia Declaración notariada o carta de miembro de la familia

** 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.