



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, legalmente)
☐ En un albergue (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 o semanal 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/ mes	Prueba de Ingresos

1. Usted tiene: Medicaid * Medicare * Independent Health * 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 hogares y del número de personas que conforman la familia. Por favor, consulte la lista e la documentación adjunta. 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 presenten 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 y entiendo que es mi responsabilidad informar a NHC de todos los cambios en mi seguro y que dejar de hacerlo significa que sere responsable por la totalidad del pago.

Firma _____ Fecha _____

For Office Use Only: Date Submitted: _____ Household Income: _____ SFS: _____

Staff Reviewed By: _____

Supervisor/Manager Reviewed by: _____ Additional comments: _____

Entered into tickler and Enterprise

Account balance verified _____

NEIGHBORHOOD HEALTH CENTER

LISTA DE DOCUMENTACION PARA ELEGIBILIDAD

Nombre de Paciente _____ Fecha de Aplicación _____
Su solicitud no puede ser completada hasta que todos los documentos requeridos se reciben

PRUEBA DE RESIDENCIA: Tiene que mostrar por lo menos **UNO** de los documentos de la lista a continuación para documentar su domicilio. Fotocopias de documentación son aceptables.

PARA NINOS, CERTIFICADO DE NACIMIENTO, TARJETA DE CALIFICACIONES DE LA ESCUELA, DECLARACION DE IMPUESTOS FEDERALES MOSTRANDO SUS DEPENDIENTES, ESTAS SON LAS UNICAS PRUEBAS ACEPTABLES.

RESIDENCIA/DIRECCION DE CASA (debe coincidir con la dirección de su aplicación y la prueba debe ser obtenida en un periodo de menos de dos meses de fecha de la solicitud)

- Tarjeta de Identificación del Estado de Nueva York con la dirección actual
- Licencia de Conducir
- Registros de los impuestos sobre la propiedad
- Declaración de hipoteca
- Recibo de renta de arrendamiento escrito con la dirección de su casa
- Etiqueta de revista con el nombre y la fecha no puede utilizar si se envía a una caja de PO Box
- Tarjetas postales
- Factura de servicios públicos (gas, cable, eléctrico)
- Estado de cuenta bancaria
- La correspondencia de una agencia de gobierno que contiene el nombre y la dirección del propietario

LA PRUEBA DE LOS ACTUALES INGRESOS DE LOS HOGARES Usted debe presentar una carta, escrita o copia de los talones de cheque o de la empresa, persona o agencia que proporciona los ingresos. Presentar todas las pruebas que apliquen. La más reciente prueba de los ingresos antes de impuestos. Esta prueba deberá estar fechada en los últimos dos meses y debe incluir el nombre del empleado y mostrar los ingresos antes de Tax para el periodo de pago.

Sueldos y Salarios Talones de cheque de pago(4 semanas consecutivas) Carta del empleador, firmada y fechada en compañía de miembro Declaración de impuestos – W2 Documentos de la empresa	Seguro Social Carta de adjudicación / Certificado Beneficio de Verificación/ Cheque Correspondencia de la Administración de Seguro Social	Mantenimiento Infantil/ Pensión de Pareja Carta de la persona que proporciona apoyo Carta de corte Talón de cheque
Empleo por Cuenta Propia Firmado y fechado declaración de impuestos y todos los horarios Registros de ingresos y gastos	Beneficios de Desempleo Carta de Adjudicación/ Certificado Verificación / Cheque de Beneficio Correspondencia del Departamento de Mano de Obra del Estado de Nueva York	Interés / Dividendos / Regalías Declaración del banco, cooperativa de crédito o institución financiera Carta del correo Carta de agente
Beneficios de Veteranos Carta de adjudicación Talón de cheque de Beneficio Correspondencia de la Administración de Veteranos	Compensación de Trabajadores Carta de Adjudicación Talón de Cheque	Ingresos del Alquiler/renta o de Alojamiento y Comida Carta del inquilino, huésped Talón de cheque
Pensiones Privadas/Anualidades Declaración de las pensiones/anualidad	Pagos/Servicios Militares Carta de Adjudicación Talón de Cheque	Apoyo de otro Miembro de la Familia Declaración firmada o carta de miembro de la familia

** W-2's o el impuesto sobre la renta a cambio de otros trabajadores autónomos que pueden utilizarse para aplicaciones antes de Abril del año siguiente. Si fuera posterior, deberá incluir otro tipo de documentación.

Dependientes: Consideramos los ingresos de los hogares sobre la base de la dependencia del IRS. Estas son los que no pueden contener a cargo aquí si no estaría en condiciones de incluirlos en su declaración de impuestos. De referencia (<http://www.irs.gov/taxtopics/tc354.html>)