

Solicitud de descuento en aranceles progresivos

One Community Health tiene la política de brindar los servicios esenciales incluso cuando el paciente no tiene capacidad de pago. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la información que se solicita a continuación y preséntela en el Departamento de Admisiones (Elegibility Department) para determinar si les corresponde algún descuento a usted o a un miembro de la familia.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en One Community Health, salvo a los servicios o equipos adquiridos de manera externa al centro de salud. Este formulario debe completarse una vez por año o cuando se modifique su situación financiera.

NOMBRE		N.o DE SEGURO SOCIAL		
CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.	TEL.
RESPONSABLE (del pago):		ESTADO CIVIL (soltero, casado, pareja de hecho)		

Complete los datos de su cónyuge o pareja de hecho y los familiares que residen con usted en su hogar.

Consulte los familiares admitidos en la página 3. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
Solicitante		Familiar	
Cónyuge/Pareja de hecho		Familiar	
Familiar		Familiar	

Ingresos anuales

Consulte los requisitos de ingresos en la página 3

FUENTE	SOLICITANTE	CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO	OTROS	TOTAL
Sueldos brutos, salarios, propinas, bonos, etc.				
Ingreso de negocios, actividad independiente y personas a cargo.				
Seguro de desempleo, indemnización a trabajadores, Seguro Social, Seguro Social Complementario, asistencia financiera pública, pagos a veteranos, beneficios a sobrevivientes e ingresos por jubilaciones y pensiones.				
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingreso por bienes, fideicomisos, asistencia educativa, alimentos al cónyuge o a los hijos, asistencia recibida desde fuera del hogar y otras fuentes misceláneas.				
INGRESOS TOTALES				

NOTA: Se exigirá la presentación de declaraciones juradas, recibos de pago u otra información de verificación de ingresos antes de aprobarse un descuento.

Certifico que la información respecto del tamaño de la familia y los ingresos indicada anteriormente es correcta y veraz.
Nombre (En letra de molde) _____

Firma: _____ Fecha: _____

Definiciones Importantes

A los fines del Programa de descuentos de aranceles progresivos (SFDP, por sus siglas en inglés), se incluyen los siguientes familiares directos que residen juntos en el hogar:

- El cónyuge o pareja de hecho de la persona;
- Los hijos naturales o adoptivos, hermanos o hermanas menores de 19 años;
- Padre o madre natural o adoptivo, padrastro o madrastra;
- Dos pares del mismo grupo familiar siempre que ambos sean mutuamente responsables de uno o más hijos que viven con ellos;
- Hijastros o hermanastros del solicitante;
- Hermanos menores de 19 años o cualquier otro niño que viva en el hogar SI en el hogar no reside ningún padre ni cuidador adulto;
- Un hijo menor de 19 años que no reside en el hogar para poder asistir al colegio se considera como si viviera en el hogar;
- Adulto a cargo que vive en el hogar y que recibe más del 50% de su sustento del solicitante.

A los fines del programa SFDP, los ingresos incluyen, entre otros, los siguientes:

- Sueldos, bonos, comisiones
- Propinas
- Ingresos por actividad independiente
- Pagos del seguro social
- Pagos a veteranos
- Alimentos a un cónyuge
- Alimentos a un hijo
- Pagos de jubilación (401k, pensiones, IRA)
- Pagos a militares
- Desempleo
- Asistencia pública
- Pagos por incapacidad
- Pagos de indemnización de trabajadores
- Ingresos por inversiones
- Seguros y otros productos de renta
- Ganancias por apuestas o lotería

A los fines del SFDP, los siguientes se consideran ejemplos de documentos escritos aceptables como prueba de ingresos:

- Los últimos dos (2) recibos de sueldo
- Carta del empleador en papel membretado de la empresa indicando las horas trabajadas por semana y la paga por hora
- Última declaración jurada
- Declaraciones del Seguro Social
- Prueba del cobro de alimentos de un cónyuge o para un hijo
- Recibos del cobro del seguro de desempleo
- Estados de cuenta del banco

Declaración de ingresos por parte del solicitante: En el raro caso de que no pueda presentar ningún tipo de verificación de ingresos, deberá completar una declaración jurada de ingresos. La declaración jurada solo se admitirá cuando no existe documentación de ingresos o no existe una alternativa razonable para poder presentar la documentación.

Esta solicitud no tiene por fin generar un obstáculo para impedirle recibir atención médica. Todos los servicios dentro del alcance autorizado del proyecto de One Community Health como centro de salud comunitario se brindarán independientemente de la capacidad de pago de quien los necesita.

Declaración de ingresos del paciente

INFORMACIÓN DEL PACIENTE				
NOMBRE	FECHA DE NAC.			
CALLE	CIUDAD	ESTADO	C.P.	TEL.:
<p>Declaración de empleo:</p> <p>Yo, _____ declaro que actualmente estoy: [] empleado [] desempleado.</p> <p>(En el caso de estar empleado) El nombre de mi empleador es: _____</p> <p>N.o de teléfono del empleador: _____</p> <p>Dirección del empleador: _____</p> <p>Declaro que los ingresos de mi hogar el [] mes o [] año pasado fue \$_____.</p> <p>Entiendo que las fuentes de ingreso incluyen, entre otras: empleo con otras personas, fondos de jubilación, seguro de desempleo, bienes, seguro de indemnización a trabajadores, pensiones, becas educativas/trabajo-estudio, incapacidad, ingresos por actividad independiente, beneficios sindicales, apoyo familiar y cualquier otra fuente de ingresos no incluida expresamente en este párrafo.</p> <p>Declaración de Paciente</p> <p>Certifico, bajo pena de perjurio, que la información anterior es completa y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que firmo esta declaración bajo pena de que se presenten cargos en mi contra si entrego conscientemente información falsa en función de lo cual obtenga ayuda que no me corresponde.</p> <p>Firma del paciente: _____ Fecha _____</p> <p>Menores: Si el firmante tiene menos de 18 años, es necesario el consentimiento de un padre o tutor, tal como se indica a continuación:</p> <p>Por el presente certifico que soy el padre/la madre o tutor de _____, cuyo nombre se indica anteriormente, y por el presente otorgo mi consentimiento sin reservas en nombre y representación de esa persona.</p> <p>Firma del padre o tutor: _____ Fecha _____</p> <p>Verificación del personal de One Community Health:</p> <p>Entiendo que la verificación por parte de terceros es el método de preferencia para comprobar la documentación de elegibilidad. Entiendo que solo se permite la declaración sin verificación cuando no existe documentación sobre los ingresos o no existe una alternativa razonable para presentar la documentación.</p> <p>Nombre del empleado de One Community Health (En letra de molde): _____</p> <p>Firma de One Community Health: _____ Fecha _____</p>				