

Programa de descuento CAREMED

Formulario de elegibilidad

Nombre	Parentesco con el fiador <small>(Requerido)</small>	Fecha de Nacimiento <small>(Requerida)</small>	Ingresos (brutos)	Frecuencia (semanal, quincenal, por hora, mensual o anual)	Uso oficial	
					Date all Documentation Received	Document Received
	Fiador					
*Favor presentar documentos de identificación y las tarjetas de seguro/ Medicaid que pertenezcan a las personas mencionadas arriba. *					Income	Household
NÚMERO TOTAL DE MIEMBROS DE LA FAMILIA:						

***Fiador es designado como cabeza de familia. Es la persona responsable de pagar las cuentas.
*Familia es definida como el núcleo familiar que recibe 50% o más de manutención del fiador.**

****La documentación debe ser proporcionada por el paciente o fiador para determinar la elegibilidad para el descuento****

1. Entiendo que la información que proporciono en este formulario está sujeta a verificación por MedNorth Health Center.
2. Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con todos los términos y condiciones del programa de descuento.
3. Por la presente declaro que esta información es verdadera, exacta y completa de acuerdo a mi conocimiento y entiendo que cualquier falsificación, omisión u encubrimiento de un hecho material, me expone a la descalificación del programa de descuento.
4. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a MedNorth Health Center de cualquier cambio en los ingresos o de seguros médicos.

FIRMA PACIENTE/TUTOR _____

NOMBRE IMPRENTO _____

FECHA _____

DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS ACEPTABLE

- *ACTUAL DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES (Schedule C - para aquellos que trabajan por su cuenta)
- *UN MES DE TALONES DE CHEQUES (ultimos 30 días)
- *CARTA DE EMPLEADOR QUE INDIQUE INGRESOS ANUALES (CARTA DEBE CONTENER NOMBRE DEL CONTACTO Y NÚMERO DE TELÉFONO)
- *CARTAS OFICIALES / DOCUMENTOS DEL SEGURO SOCIAL, CORTE, VA, Agencias de servicios sociales (ej. TANIF, WIC, cupones de comida, etc.), ESC, SSI, prestamos/ becas de estudiantes, retiro, discapacidad, etc.
- *CARTA DE MANUTENCION/APOYO FINANCIERO (LINC, SOAR, refugio, hogar transitorio, First Fruits, pastor, etc.)

No estoy interesado en divulgar mi información financiera, por lo tanto, reconozco que mi familia y yo no somos elegibles para el programa de descuento. Firma: _____ Fecha: _____

Uso oficial

PROCESSED BY: _____

DATE _____

DENIED/APPROVED _____

SLIDE LEVEL _____

SCANNED BY _____

DATE _____

 IF APPROVED, DATES
VALID FOR: _____