

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO MEDIANTE ESCALA MÓVIL

*Lea la **INFORMACIÓN IMPORTANTE** del reverso antes de rellenar este formulario.*

Por favor, seleccione **una** de las siguientes opciones:

- SÍ, ESTOY SOLICITANDO** y he adjuntado mi comprobante de ingresos.
(Las solicitudes no pueden tramitarse sin la documentación relativa a los ingresos; consulte al dorso los documentos aceptables).
- NO, NO SOLICITO** porque creo que los ingresos de mi grupo familiar son demasiado elevados.
- NO, NO SOLICITO** y declino facilitar información sobre ingresos.

Dirección de casa: _____ Apt: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (____) ____ - _____ Mejor hora para llamar: _____

Dirección de correo electrónico: _____ Marque aquí si actualmente está sin hogar.

TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR E INGRESOS

Número de miembros en el grupo familiar (incluido usted): 1 2 3 4 5 6

Si son más de seis, especifíquelo: _____

Apellido, Nombre	Miembro del grupo familiar Relación	Paciente de FFH	¿Esta persona tiene seguro médico? Marque con un círculo e indique los detalles	Ingreso bruto mensual (antes de impuestos)	Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa	Número de cuenta: Uso exclusivo del personal de FFH
	Solicitante <i>(Titular)</i>	<input checked="" type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí/No En caso afirmativo, indique:			
	Miembro del GF nº 2 <i>Ejemplo Cónyuge</i> ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí/No En caso afirmativo, indique:			
	Miembro del GF nº 3 ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí/No En caso afirmativo, indique:			
	Miembro del GF nº 4 ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí/No En caso afirmativo, indique:			
	Miembro del GF nº 5 ()	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí/No En caso afirmativo, indique:			

* GF= Grupo familiar

*Se pueden adjuntar miembros del grupo familiar adicionales en una hoja por separado.

Por la presente certifico que toda la información facilitada en esta solicitud es correcta y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que la falsificación y/u omisión intencionada de información puede dar lugar a la denegación de la ayuda financiera. Entiendo que toda la información es confidencial y utilizada únicamente para la inscripción en el Programa de Tarifas Reducidas.

Firma del solicitante/garante

Fecha (mm/dd/aaaa)

¿Necesita ayuda? Estamos a su disposición

Para obtener ayuda con su solicitud, llame a **Family First Health Billing** al **717-845-8617 (Opción 3)**.

Para obtener información de contacto de las oficinas locales, visite <https://www.familyfirsthealth.org/locations>

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Tamaño de la familia: _____ Ingreso bruto del grupo familiar: \$ _____

Nivel en la escala móvil: _____ Número de cuenta del miembro principal del GF: _____

Fecha de entrada en vigor: _____ Fecha de expiración: _____

Procesado por: _____ Fecha de aprobación: _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS DESCUENTOS MEDIANTE ESCALA MÓVIL

- Este programa le ayuda a reducir los gastos de su bolsillo por servicios médicos, dentales, de optometría, de salud conductual, podología y recetas médicas.
- Se anima a todos a presentar su solicitud, incluso si tiene seguro médico.
- Si se aprueba, su descuento comienza el día en que recibimos su solicitud cumplimentada y los documentos relativos a sus ingresos.
- Los descuentos pueden ayudar a pagar los deducibles, los copagos y el coseguro. Si finaliza su seguro, sólo pagará la cuota fija correspondiente a su nivel de descuento.
- Los nuevos pacientes pueden recibir un descuento temporal único basado en los ingresos verbales - Autodeclaración. Las visitas futuras utilizarán su nivel de descuento aprobado.
- Si no tiene ingresos, debe cumplimentar un formulario de "Declaración de Cero ingresos". Los descuentos caducan a los seis (6) meses. Recibirá un recordatorio para volver a presentar la solicitud.
- Si recibe prestaciones de desempleo, los descuentos aprobados permanecerán activos durante seis (6) meses. Recibirá un recordatorio para volver a presentar la solicitud.
- Si tiene ingresos, los descuentos aprobados permanecerán activos durante un (1) año. Recibirá un recordatorio para volver a presentar la solicitud.
- Un grupo familiar incluye a todas las personas que viven juntas en la misma dirección y comparten ingresos y gastos. Los hijos adultos que son económicamente independientes, los compañeros de piso no emparentados y las personas que se alojan temporalmente en casa de amigos o familiares no se consideran parte de su grupo familiar.
- Incluso si decide no presentar la solicitud, deberemos preguntarle los ingresos de su grupo familiar a efectos de los informes federales. Esta información solo se utiliza con fines estadísticos; sus datos personales nunca se comparten. Como Centros de Salud Calificados a Nivel Federal (Federally Qualified Health Centers, FQHC), están obligados a informar de las estadísticas de ingresos para el cumplimiento, para asegurar y mantener la financiación federal.

Documentos de ingresos OBLIGATORIOS si procede

Por favor, facilite uno de los siguientes documentos por cada miembro del grupo familiar que cubra los últimos 30 días:

- Talones de nómina o carta de empleo en la que figure el salario bruto antes de impuestos.
- Carta de determinación de la indemnización por desempleo
- Cheques o cartas de concesión: SSI, SSD, Pensión Alimenticia, Manutención infantil, Indemnización Laboral y Desempleo.
- Páginas 1-2 de la declaración de impuestos más reciente (Formulario 1040 o 1040 EZ) o W-2 más reciente
- Documentación de otras fuentes de ingresos no enumeradas anteriormente