

Atención Primaria de Salud del Norte de Mississippi



Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ SS#: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Califica actualmente para cupones de alimentos? Sí o No (Encierra en un círculo uno)

Tamaño de la familia:

El tamaño de la familia se define como un grupo de dos (2) personas o más (una de las cuales es cabeza de familia) relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas. El tamaño del hogar se limitará a la familia inmediata: cónyuge, pareja, hijos y dependientes.

Círculo Uno: 1 2 3 4 5 6 7 8 Otro: _____

Miembro(s) del hogar (Nombre y Apellido)	Relación	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Fuente de ingresos	Renta	Con qué frecuencia se recibe

El solicitante proporcionará una copia de los documentos correspondientes

- Declaración de impuestos federales más reciente (1040, 1040 EZ, 1040A)
- Comprobantes de pago más recientes de 1 mes de ingresos
- Carta de beneficios del Seguro Social
- Cartas de Ingresos Juradas
- Carta de Beneficios para Veteranos
- Carta de Beneficios de Jubilación
- Verificación de Beneficios por Desempleo
- Carta de solicitud o beneficio de TANF/SNAP
- Estados de cuenta bancarios (depósitos de la SS)
- Explicación de la declaración jurada de apoyo

Para los hogares que no reportan ingresos, se **debe** completar una Explicación de apoyo

¿Tiene actualmente seguro médico? Sí or No (círculo uno) En caso afirmativo, marque con un círculo cuál(s):

Medicaid Medigar
Comercial Otro
(Request copy of card)

POR FAVOR, IDENTIFIQUE SUS ARREGLOS DE VIVIENDA ACTUALES

- Propio/Alquiler
- Refugio Nombre del refugio _____
- Transicional (Vivir en un centro de reinserción social) Nombre del Hogar Transitorio _____
- Duplicar (Vivir con un familiar o amigo)
- Calle

Certifico que la información que he proporcionado con respecto a mi estado financiero actual, composición familiar y arreglos de vivienda es verdadera y precisa. Estoy de acuerdo en informar al Centro de Salud Primaria del Norte de Mississippi (NMPHC, por sus siglas en inglés) si hay algún cambio en los ingresos de mi hogar o en el tamaño de mi familia. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar verificación de ingresos dentro de los 30 días posteriores a la solicitud original.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

Firme a continuación solo si **NO** desea solicitar servicios con descuento

Me han ofrecido solicitar el Programa de Descuento de Tarifa Variable de NMPHC y **no deseo presentar una solicitud en este momento**. Entiendo que **no recibiré ningún descuento** en los servicios.

Firma del paciente: _____

Fecha: _____

SOLO PARA USO INTERNO

Total Annual Income \$ _____

Family Size: _____

- Proof of income received/verified
Slide Class: A B C D E
- Patient does not qualify for Sliding Fee Discount Program

Employee Signature: _____

Date: _____