



Aplicación para el Programa de Descuento

Una aplicación es requerida para cada hogar cada 12 meses

Fecha: _____ Nombre: _____

Por favor incluya todas las siguientes fuentes de ingresos de los últimos 12 meses para cada miembro de su casa (miembros de su casa que actualmente viven juntos y comparten ingresos y gastos).

- Empleo
- Beneficios de incapacidad SSI
- WorkFirst (TANF)
- Beneficios de Veteranos
- Pensión alimenticia
- Ingresos de retiro
- Ingresos de seguro social
- Desempleo
- Manutención de hijos
- Cualquier otro ingreso

OFICINA: OFICINA:

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación al Paciente	Fuente de Ingreso	Ingreso total antes de los impuestos	Frecuencia de pago	Front Desk Calculated Annual Amount	Front Desk Source of Verification

Testifico que la información de ingreso que he dado a High Country Community Health es correcta y cierta.

Por favor ponga sus iniciales en los siguientes:

_____ La elegibilidad para el programa de descuento entra en efecto para todos los servicios recibidos hoy y por 12 meses. Comprendo que necesitaré re-aplicar para el programa de descuento en 12 meses.

_____ Acepto notificar a High Country Community Health inmediatamente si mi información de contacto o ingresos cambia.

High Country Community Health no negará cuidado médico debido a su incapacidad para pagar.

Firma de la persona responsable: _____ Fecha: _____

OFICINA: Staff Signature: _____ Date: _____

STAFF USE ONLY					
Household Size:	Annual Gross Income:				
Verified Income:	0 – 100% FPL	101 – 125% FPL	126 – 150% FPL	151 – 200% FPL	>201% FPL

Staff: Please include income calculations in the margin of this form or on separate sheet of paper and scan it into the patients records with all income verification.