AllCare
HEALTH CENTER

APPLICACIÓN PARA ESCALA DE DESCUENTO –
Comprobante de ingresos personales/familiares (los últimos 30 días de talones de cheques consecutivos, declaración de impuestos o pensión de seguro social. Prueba de ingresos de la oficina del seguro social o la oficina de empleo (Workforce Development).

INFORMACION DEL PACIENTE:

Nombre del Paciente: _____Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Número de teléfono: (_____) _____

Personas que viven en su hogar: (por favor incluya todas las personas viviendo en el mismo hogar)

Nombre	**Relacion con usted**	**Fecha de nacimiento**

Número de personas en el hogar: _____

Verificación de ingresos en el hogar:

_____ No deseo revelar mis ingresos. No estoy interesado (a) en recibir ningún descuento.

Empleado _____ Desempleado _____ Deshabilitado _____ Otro_____

Lugar donde trabaja: _____

Ingreso anual bruto (antes de impuestos): $_____

ACUERDO DEL PACIENTE: Al firmar esta forma estoy de acuerdo de que toda la información que he dado es una declaración verdadera y precisa a lo mejor de mi conocimiento. Yo autorizo a All Care Health Center (ACHC) a verificar toda la información proporcionada. Estoy de acuerdo de reportar inmediatamente cualquier cambio en mis ingresos, seguro médico, o tamaño de mi hogar. Entiendo que cualquier persona que obtenga o trate de obtener por medios ilegales los servicios a los cual él/ella no tiene derecho, pueden ser acusados bajo los estatutos federales y estatales. Autorizo permiso a que los designes del programa de la escala de descuentos en ACHC, revisen mis registros para propósitos de auditoria.

****Al firmar a continuación, estoy de acuerdo en traer prueba de ingresos dentro de 30 días para recibir cualquier descuento por el cual soy elegible.**

Firma Del Aplicante: _____ Fecha: _____

Firma del Representante de ACHC: _____ Fecha: _____

PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

Annual Household Income: _____ Date Verified: _____ Poverty %: _____ Slide scale: _____

Updated 7/12/19

AllCare
HEALTH CENTER

Documentos que puede traer como comprobante de ingresos para la Escala de Descuentos

seleccione 1 de las opciones de la lista de abajo

Tiene 30 días del día de la fecha de la aplicación para traer comprobante de ingreso

Documentos que se aceptan como comprobante de ingresos (POI):

- ☐ **Salarios de empleo**
  - *Los 2 talones de cheques más recientes si le pagan ***por quincena*** (30 días consecutivos)
  - *Los 4 talones de cheques más recientes si le pagan ***por semana*** (30 días consecutivos)
  - *Los 2 talones de cheque más recientes si le pagan ***por mes*** (60 días consecutivos)
- ☐ **Salarios de Seguro Social** (la carta de beneficios mensuales de la administración de seguro social, NO ACEPTAMOS FORMAS 1099
- ☐ **Seguro Social para incapacitados** (la carta de beneficios mensuales de la administración de seguro social, NO ACEPTAMOS FORMAS 1099)
- ☐ **Declaración de impuestos del año pasado** (solamente estará activo hasta abril 15 de este año, NO ACEPTAMOS W2s)
- ☐ **Declaración de impuestos de este año** (NO ACEPTAMOS W2s)
- ☐ **Comprobante de ingresos de la oficina de Seguro Social** (Registro de ingresos de Seguro Social)
- ☐ **Desempleo** (la declaración de beneficios de desempleo, debe de tener fecha dentro de los 30 días)

Si no tiene ninguno de estos documentos comuníquese con nuestra *Consejera de ayuda financiera* a 712-256-6589 para discutir otros documentos determinados individualmente y a discreción de la dirección.

Updated 7/12/2019