



CENTRO DE SALUD HEART OF FLORIDA
APLICACIÓN DE ESCALA DE DESCUENTO

El Centro de Salud Heart of Florida es una organización sin fines de lucro que recibe una cantidad definida de fondos federales para complementar el costo de proporcionar atención médica/dental a los pacientes que son elegibles para participar en el programa de escala de descuento. Los pacientes elegibles también calificarán para recetas de costo reducido. Para determinar su elegibilidad para este programa financiado por el gobierno federal, se requiere la verificación de sus ingresos. **Debe actualizar esta información al menos una vez al año para continuar su participación en el programa. Esta información solo se usa para calcular su descuento y se mantiene confidencial.**

Nombre: _____ Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____ - _____ - _____

Me gustaría presentar una solicitud para la escala de descuento del Centro de Salud Heart of Florida: Sí
 No

Tamaño del hogar # de Adultos _____ #of Niños _____ Total # _____

Un hogar constituye de un grupo de individuos, con o sin hijos, que viven bajo el mismo techo que unen los recursos del grupo para gastos mensuales. Las personas pueden o no estar relacionadas. Si los niños son estudiantes a tiempo completo y mayores de 18 años pueden ser utilizados si se siguen reclamando en la declaración de impuestos.

Liste abajo el nombre completo de los miembros en el hogar y su fecha de nacimiento

1. _____ 3. _____ 5. _____
2. _____ 4. _____ 6. _____

Documentación requerida para la escala de descuento: se deben pagar dentro de los 30 días posteriores a la solicitud o sera colocado sobre el ingreso.

1. Recibos de pago (recibos de sueldo del hogar durante las últimas 4 semanas)
2. Carta del empleador (si se paga en efectivo)
3. Carta de Resumen de Beneficios de Desempleo
4. Copia de registros de impuestos, estados de cuentas bancarias, formulario de autodeclaración
5. Otro (Veteranos, Seguro Social, Beneficios de pensión, Hijo / Pensión alimenticia, Compensación laboral)
6. Sin ingresos: proporcione una carta notariada de una persona que conozca (no relacionada) que verifique que no tiene ingresos y indicando sus arreglos de vivienda (comida / refugio)
7. Carta de elegibilidad para cupones de alimentos o elegibilidad de Medicaid
8. Prueba de identidad (identificación provista por el gobierno, Licencia de Conducir actual, identificación de la escuela, Certificado de Nacimiento)

Certifico que mi ingreso total del hogar es \$ _____ /Mensual o \$ _____ /Anual

RECONOCIMIENTOS DE ADQUISICIONES

He respondido a todas las preguntas con sinceridad, por completo y lo mejor de mi habilidad; incluyendo cantidades en dólares. Entiendo que no hacerlo puede dar lugar a la denegación de la elegibilidad para recibir servicios. Acepto que el Centro de Salud Heart of Florida puede verificar esta información mediante el uso de un proveedor externo. El Centro de Salud, sus empleados, oficiales y practicantes son liberados por la presente de cualquier responsabilidad legal o responsabilidad por divulgaciones según lo indicado y autorizado aquí.

Firma: _____ Fecha: _____

Office Use Only

- Pay Stub Copy of Taxes Notarized Letter Employer Letter Medicaid Eligibility Letter Other (Social Security/Pension)
- Unemployment Benefit Letter Other Notarized Letters Child/Alimony Workman's Comp Other Income Bank Statements
- Self-Declaration Form

Effective Date _____ Renewal Date _____ SFS A-B-C-D-E-OI Approved by _____ Date _____