



**APLICACIÓN DE AYUDA FINANCIERA**

Siendo un Centro de Salud Federalmente Calificado, Health Partnership Clinic (HPC) ofrece a los pacientes la oportunidad de tarifas con descuento determinadas por el tamaño del hogar y el ingreso anual del hogar. La solicitud de asistencia financiera debe completarse en su totalidad y toda la documentación requerida debe enviarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de solicitud. A los pacientes con solicitudes incompletas después de 30 días se les revocará la elegibilidad y se les facturarán los cargos completos. HPC requiere una nueva verificación del tamaño del hogar y de los ingresos cada 12 meses, o antes si hay algún cambio.

**Dirección del Hogar**

Dirección (____)_____	Apto/Unidad _____	Ciudad (____)_____	Estado _____	Código postal _____
Número de Teléfono principal	Casa/Trabajo/Celular	Número de Teléfono secundario	Casa/Trabajo/Celular	

**Por favor liste a todos los miembros del hogar:**

**Número total de miembros en el hogar:**\_\_\_\_\_

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Relación :	Empleado:	Paciente de HPC?
(Cabeza de Familia)			SI / NO	SI / NO
(Paciente)			SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO
			SI / NO	SI / NO

Iniciales aquí \_\_\_\_\_

*Las familias de más de 5 solicitar un formulario adicional*

Por Favor proporcione toda la información de ingresos del hogar:

**El comprobante de ingresos DEBE presentarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de esta solicitud. Si mi solicitud está incompleta en mi primera visita, se requerirá que pague la tarifa nominal, según el Programa de descuento actual de tarifas de la Health Partnership Clinic, por el tipo de servicios que reciba. Entiendo que, al finalizar, se me asignará mi tarifa y podría resultar en un saldo adeudado si no califico para la tarifa nominal o si no soy elegible para un descuento. Si mi prueba de ingresos no se presenta dentro de los 30 días, mi elegibilidad será revocada y se me cobrarán los cargos completos.**

Iniciales aquí \_\_\_\_\_

Ingresos salariales obtenidos en el hogar: (Indique todos los miembros de la familia que reciben ingresos)

Fuentes: ¿Quién tiene ingresos en la casa?	Nombre de compañía:	Ingresos: Salarios brutos, que incluyen salario base, horas extras, días festivos y vacaciones.	Indique con qué frecuencia se le paga a cada persona: ¿Semanalmente, mensualmente, 2 veces al mes, cada 2 semanas?
Usted:		\$	
Cónyuge / Pareja:		\$	
Persona adicional (es):		\$	
Persona adicional (es):		\$	



Otras fuentes de ingresos del hogar: (Indique todos los miembros de la familia que reciben otras fuentes de ingresos)

Tipo:	Usted:	Cónyuge:	Otro:	Total:
Seguro Social	\$	\$	\$	\$
Asistencia pública	\$	\$	\$	\$
Pensión de retiro	\$	\$	\$	\$
Ingreso de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes	\$	\$	\$	\$
Desempleo, compensación laboral, discapacidad, beneficios de huelga, etc.:	\$	\$	\$	\$
Ingresos de alquiler:	\$	\$	\$	\$
Manutención infantil - Pensión alimenticia:	\$	\$	\$	\$
Becas educativas, préstamos y premios:	\$	\$	\$	\$

Si su ingreso es de \$ 0, ¿cómo satisface sus necesidades de comida, ropa, vivienda y transporte?

Iniciales aquí \_\_\_\_\_

Lista de verificación :	SI	NO
Identificación: licencia de conducir, acta de nacimiento, identificación laboral, tarjeta SS, etc.		
Comprobante de domicilio: factura de servicios públicos, estado de cuenta bancario, recibo de teléfono o de cable		
Ingresos: declaración de impuestos del año anterior, talones de pago más recientes equivalentes a un mes de pago, carta de beneficios de la seguridad social, carta de determinación de desempleo, etc.		
Seguro: tarjeta(s) de seguro medico		

Al firmar a continuación, certifico que el personal de HPC puede comunicarse con cada empleador que figura en la lista y / o agencias para confirmar mis ingresos. Proporcionaré a HPC un comprobante de ingresos para determinar mi descuento. Se me pedirá que vuelva a llenar una solicitud cada 12 meses o antes si hay algún cambio. Acepto informar a HPC si hay cambios en mis ingresos, tamaño del hogar o cobertura de seguro. Entiendo que ciertos servicios y / o artículos no pueden descontarse. Entiendo que HPC solo puede aplicar descuentos a servicios provistos por HPC. Si bien HPC puede tener acuerdos con proveedores externos para ofrecer servicios con un descuento, entiendo que será mi responsabilidad solicitar directamente la asistencia financiera para cualquier servicio al que me haya remitido HPC. Acepto pagar la tarifa de nivel que se me sea asignada al momento de los servicios. Entiendo que la documentación falsificada está sujeta a penalidades y puede descalificarme a mí o a los miembros de mi familia del programa. Por la presente certifico que la información que proporciono es correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor o persona con poder legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Revised 7/10/2018

INTERNAL OFFICE USE ONLY:	
Account # _____	Discount Level Assigned: _____
Effective Date: _____	Application Approved By: _____