



**Cuidado Escolar Portátil Año Escolar  
2023 – 2024 Formulario de Inscripción**

**Información del estudiante**

Nombre de la escuela		Grado Escolar	Maestro/a
Primer Nombre Legal		Inicial del Segundo Nombre	Apellido Legal
Fecha de Nacimiento	SSN	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> India Asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otros Asiáticos <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Indígena de Hawái u otra Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Elija no revelar la raza <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorro <input type="checkbox"/> Indígena de América o Nativo Alaska			
Origen Étnico		<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Mexicano/Mexicano Americano/Chicano	<input type="checkbox"/> Cubano
		<input type="checkbox"/> Otro origen hispano/latino o español	<input type="checkbox"/> Elija no revelar el origen étnico
Dirección			
Ciudad		Estado	Código Postal
Nombre de Padre/Tutor		Fecha de Nacimiento	SSN
Numero de Teléfono		Correo Electrónico	

**Información de Seguro Medico**

Marque casilla si es paciente existente

<input type="checkbox"/> Sin seguro medico	<i>La asistencia financiera está disponible para aquellos que califican.</i>		
<input type="checkbox"/> Kancare/Medicaid	ID #	<input type="checkbox"/> Aetna	<input type="checkbox"/> United Healthcare <input type="checkbox"/> Sunflower
<input type="checkbox"/> Seguro Comercial/Privado	<i>Su seguro médico será facturado. Usted aun podrá recibir una factura dependiendo de su cobertura médica. La asistencia financiera está disponible para aquellos que califican.</i>		
Compañía de Seguro Medico	Numero de Póliza	Numero de Grupo	
Nombre de Miembro		Fecha de Nacimiento	

<i>Patient: To be completed by HPC</i>		
Patient Account #	Slide Level	Date of Service

## ASISTENCIA FINANCIERA DISPONIBLE PARA EL AÑO ESCOLAR 2023-2024

Debido a la disponibilidad de fondos de subvenciones para apoyar el cuidado en la escuela para niños elegibles, sin seguro o con seguro insuficiente del Programa de Escala de Descuentos, los servicios se proporcionarán sin costo para los niños cuyas familias califiquen para el Programa de Escala de Descuentos. Los pacientes asegurados elegibles del programa de escala de descuentos tendrán reclamos presentados y cualquier responsabilidad del paciente será cubierta por fondos de subvenciones.

### DECLARACION FINANCIERA / ATESTACION DE ASISTENCIA FINANCIERA

Como programa de Centro de Salud Federalmente Calificado (CSFC), Health Partnership Clinic (HPC) debe recopilar información financiera para evaluar a todos los pacientes que reciben nuestros servicios para obtener asistencia financiera disponible a través de nuestro Programa de Descuento de Tarifa Variable (PDTV). El tamaño de su familia y los ingresos anuales determinarán su elegibilidad para los servicios con descuento.

Según su declaración del tamaño y los ingresos de la familia, se puede otorgar una elegibilidad presunta, por única vez para los estudiantes que acceden a la atención portátil basada en la escuela en un año escolar. Los pacientes de HPC existentes cumplirán con la elegibilidad predeterminada actual del PDTV, si corresponde.

**Primer Paso: Por favor haga un círculo alrededor del número de miembros en su hogar.**

**Segundo Paso: Por favor haga un círculo alrededor del rango de su ingreso anual.**

Tamaño de hogar	Ingreso Anual del Hogar				
1	\$0 - \$14,580	\$14,580 - \$19,391	\$19,392 - \$24,203	\$24,204 - \$29,160	\$29,161 o mayor
2	\$0 - \$19,720	\$19,721 - \$26,228	\$26,229 - \$32,735	\$32,736 - \$39,440	\$39,441 o mayor
3	\$0 - \$24,860	\$24,861 - \$33,064	\$33,065 - \$41,268	\$41,269 - \$49,720	\$49,721 o mayor
4	\$0 - \$30,000	\$30,001 - \$39,900	\$39,901 - \$49,800	\$49,801 - \$60,000	\$60,001 o mayor
5	\$0 - \$35,140	\$35,141 - \$46,736	\$46,737 - \$58,332	\$58,333 - \$70,280	\$70,781 o mayor
6	\$0 - \$40,280	\$40,281 - \$53,572	\$53,573 - \$66,865	\$66,866 - \$80,560	\$80,561 o mayor
7	\$0 - \$45,420	\$45,421 - \$60,409	\$60,410 - \$75,397	\$75,398 - \$90,840	\$90,841 o mayor
8	\$0 - \$50,560	\$50,561 - \$67,245	\$67,246 - \$83,930	\$83,931 - \$101,120	\$101,121 o mayor
SFDP Level	A	B	C	D	E
	Elegible para servicios con descuento				No elegible

*Certifico que lo documentado es cierto y correcto. Entiendo que la información proveída será usada para determinar la elegibilidad de servicios descontados para mi hijo/a. Entiendo que la información falsificada Iniciales aquí puede descalificar a mi familia de la elegibilidad para recibir asistencia financie*

<b>ACUERDO FINANCIERO</b>
Como padre o tutor legal del paciente mencionado anteriormente y según corresponda mi seguro y declaración financiera, entiendo que:
1. Según el tamaño de mi familia, mi ingreso anual debe ser igual o inferior al 200% de las Pautas Federales de Pobreza (SFDP Nivel A – D), para calificar para servicios con descuento.
2. Si mi familia califica para el PDTV, el costo de los servicios de mi hijo puede estar cubierto por una subvención. Si los fondos no están disponibles y / o agotados, se me puede facturar la tarifa de nivel de dispositivo correspondiente.
3. Si mi hijo no tiene seguro médico y mi familia no califica para PDTV, se me facturará en su totalidad por los servicios prestados a mi hijo.
4. Autorizo la divulgación de la información necesaria para procesar un reclamo de seguro y el pago directamente a HPC.
5. Mi seguro será facturado y dependiendo de la cobertura de mi póliza, puedo recibir una factura por los servicios prestados.
6. La presunta elegibilidad de mi hijo para el PDTV es para la fecha de este servicio de atención escolar único. Si mi hijo requiere atención adicional en una clínica de HPC, se me pedirá que complete una Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable y proporcione toda la documentación requerida para determinar la elegibilidad continua.
Firma del padre/tutor legal : _____ Fecha: _____