



## Solicitud de Descuento a Base de Ingresos de Promise Healthcare

*Si necesita asistencia para completar esta solicitud, por favor hable con un miembro de Promise Healthcare.  
Sólo una solicitud es necesaria por casa.*

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Número de teléfono alternativo: \_\_\_\_\_

Usted o alguien en su familia, ¿tiene seguro médico?  Sí  No

Usted o alguien en su familia, ¿tiene seguro dental?  Sí  No

Si contesta "Sí", complete lo siguiente. Si es necesario, utilice formas adicionales.

Nombre de su compañía de seguro médico: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_ # de Suscripción: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre de su compañía de seguro dental: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_ # de Grupo: \_\_\_\_\_ # de Suscripción: \_\_\_\_\_

Dirección de la compañía: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

¿Es usted veterano de los Estados Unidos?  Sí  No

En los pasados 24 meses, ¿usted trabajó o ha sido dependiente de alguien que trabajó en la agricultura tanto en el campo como en otra industria basada en la agricultura?  Sí  No

Si ha marcado Sí, ¿cuál le aplica?

Migrante  
(Establece residencia temporera en el área)

Trabajo todo el año (residencia permanente en el área)

Residencia permanente por Temporadas  
(residencia permanente en el área)

Tipo de residencia (marque una)

Renta o dueño de su casa

Refugio para personas sin hogar

Vives con otra persona (desconocido o familiar)

Transitorio (vives de lugar en lugar)

En la calle

Otro

Número de personas viviendo en su casa: \_\_\_\_\_

Enumere cada dependiente (si hay más de 6, por favor enumérelos en una página por separado)

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Relación con el Solicitante | ¿Tiene...? |                    |
|--------|---------------------|-----------------------------|------------|--------------------|
|        |                     |                             | Medicaid   | Otro Seguro Médico |
|        |                     |                             |            |                    |
|        |                     |                             |            |                    |
|        |                     |                             |            |                    |
|        |                     |                             |            |                    |
|        |                     |                             |            |                    |

## Tabla con el Resumen de Ingresos

Anote cantidades anuales por casa. Incluya toda la documentación que le aplique.

| Fuentes   | Ingresos Totales en la Casa | Documentación Aceptada   |
|---|-----------------------------|--|
| Sueldos   |                             | Último reporte de impuestos federales o los últimos 2 talonarios de pago antes de la fecha y firma de esta solicitud.                      |
| Sueldo a base de intereses ganados por inversiones  |                             | Estado de cuenta del banco de cheques y/o ahorros, cooperativa de crédito, forma bancaria 1099.  |
| Ingresos de empleo independiente, Propiedades rentadas  |                             | Presentar el libro de contabilidad de ingresos y de gastos para el año en curso.   |
| Ayuda económica de algún programa público de asistencia social, Seguro Social/ Discapacidad, Cupones de Alimentos/ SNAP |                             | Carta del programa que enumere la cantidad recibida en el año en curso. Si recibes más de una ayuda, traiga todas las cartas.              |
| Desempleo   |                             | Carta de beneficios por desempleo que enumere la cantidad recibida en el año en curso.   |
| Indemnización del trabajo   |                             | Carta de indemnización que enumere la cantidad recibida en el año en curso.  |
| Pensión alimenticia de niños o suya   |                             | Decreto de divorcio que indique la pensión alimenticia recibida.   |
| Pensión por Retiro  |                             | Carta provista por el administrador del sistema de retiro de su trabajo en el que indique la cantidad mensual recibida en el año en curso. |
| Ayuda Familiar o de amistades   |                             | Declaración certificada por un abogado notario que indique la ayuda económica que recibes de ellos.  |
| Otro (especifique)  |                             |  |
| <b>Total</b>  |                             |  |

*Si tiene otros documentos que puedan ayudar a Promise Healthcare a tomar una decisión con respeto a su solicitud, por favor inclúyalos.*

*Se espera que los pacientes, al obtener descuentos en ciertos niveles en la escala a base de ingresos, también apliquen a otros programas sociales como Medicaid, seguros médicos públicos y/o privados y otros programas de descuentos disponibles incluyendo asistencia para obtener medicamentos recetados a través de las compañías farmacéuticas.*

*Si el paciente no puede pagar por los servicios recibidos, esto no resultará en una negación para recibirlos. Sin embargo, todo paciente que se niegue a pagar, aún cuando puede pagarlos, será referido a una agencia de cobros. Se espera que los pacientes cumplan con las políticas y regulaciones de **“Health Resources and Services Administration/ Bureaus of Primary Health Care Policies”** para poder recibir servicios médicos.*

Entiendo que Promise Healthcare puede corroborar toda la información proporcionada. También, entiendo que proveer información falsa es fraude y resultará en que mi participación en este programa sea rechazada. De esta solicitud ser rechazada, entiendo que deberé pagar el balance total de los servicios recibidos. Entiendo que si soy aceptado para participar, es solo por **1** año a partir de la fecha de la solicitud. Si deseo continuar en el programa, tendré que renovar la solicitud cuando se cumpla el año. Reconozco que si me aprueban el descuento, estoy obligado a notificar a Promise Healthcare si mi situación económica mejora. De esta forma, Promise Healthcare puede re-evaluar mi elegibilidad para este descuento.

Firma del solicitante (requerida): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Promise Healthcare Internal Use Only:**

Total Income: \_\_\_\_\_ Number in Household: \_\_\_\_\_

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_