



New Horizon Family Health Services, Inc.
Solicitud / Recertificación del Programa de Descuento de Tarifa Variable

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/_____

Los datos recopilados en este formulario solo se utilizarán para obtener información sobre usted y su unidad familiar, con el fin de poder atender mejor sus necesidades médicas, de salud mental y/o dentales . **Esta información no se utilizará para retener o denegar servicios.**

Es posible que usted sea elegible para Medicaid o Medicare. Esta cobertura no afecta a su derecho a la tarifa variable.		
¿Desea solicitar o volver a solicitar Medicaid o Medicare hoy?	Si	NO N/A

La elegibilidad y la clasificación para el Programa de Descuentos de Tarifa Variable vienen determinadas por dos factores:

- Ingresos anuales del hogar
- El número de miembros del hogar

Tu unidad familiar lo incluye a usted , a su cónyuge o pareja, a todos los familiares a su cargo y a otras personas que vivan en su domicilio.

Enumere a continuación a TODOS los miembros del hogar, incluyéndose a usted mismo.					
<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>	<u>Nombre</u>	<u>Edad</u>	<u>Relación</u>
		Yo			

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Por favor, presente los documentos que acrediten los ingresos de TODOS los miembros del hogar. 2. Lea la siguiente declaración y firme a continuación. |
|--|

Certifico que, en mi leal saber y entender, la información anterior es correcta. Por la presente, autorizo a New Horizon Family Health Services, Inc. a verificar toda la información anterior. Si se produce algún cambio en mi situación económica, lo notificaré al centro. Además, certifico que he presentado mi comprobante de ingresos para todos los miembros del hogar y que he incluido a todos los miembros en la lista anterior.

Firma del paciente (o de la persona responsable): _____ **Fecha:** _____

Relación: _____



A CONTINUACIÓN, SOLO PARA EL PERSONAL

Total Number of Household Members (listed in chart above): _____

A	B	C	D
Income Type	<u>Gross Amount</u>	Frequency (Circle One)	Income
Work Wages	\$	Wk (Bx52) / BiWk (Bx26) / SemiMth (Bx24) / Mth (Bx12) / Annual (B)	\$
Cash Wages	\$	Wk (Bx52) / BiWk (Bx26) / SemiMth (Bx24) / Mth (Bx12) / Annual (B)	\$
Disability	\$	Wk (Bx52) / BiWk (Bx26) / SemiMth (Bx24) / Mth (Bx12) / Annual (B)	\$
Social Security	\$	Wk (Bx52) / BiWk (Bx26) / SemiMth (Bx24) / Mth (Bx12) / Annual (B)	\$
Unemployment	\$	Wk (Bx52) / BiWk (Bx26) / SemiMth (Bx24) / Mth (Bx12) / Annual (B)	\$
Worker's Comp	\$	Wk (Bx52) / BiWk (Bx26) / SemiMth (Bx24) / Mth (Bx12) / Annual (B)	\$
Other Income	\$	Wk (Bx52) / BiWk (Bx26) / SemiMth (Bx24) / Mth (Bx12) / Annual (B)	\$
TOTAL ANNUAL INCOME (Add Column D)			\$

Signature states that I have verified income documentation.

Staff Signature: _____ Date: _____