



Documento Declaración de Bajos Ingresos

Nota: Este formulario es completado solo cuando la persona no puede proveer una segunda prueba de ingreso.

Yo, _____ No puedo proveer un Segundo documento
Paciente/Nombre de Garante

Indicando mi ingreso. Estoy solicitando un pedido de renuncia a los requerimientos de proveer una segunda prueba de ingreso para ser incluido con mi aplicación de Side Fee o bajos ingresos.

(Marqué todos tipo de documento que la persona, Paciente o persona responsable *no posee.*)

- Formularios de salario de IRS 1040 para el año anterior.
- Formulario de salario de IRS W-2 o declaración de taxes para el año anterior.
- Talones de cheques de los dos (2) últimos periodos de pagos por parte del empleador(res) y la frecuencia de pagos para asegurar la consistencia por period de pagos para cada miembro de la familia.
- Estado de cuenta bancaria.
- Determinación de la renta del programa de asistencia pública.
- Verificación de todo el empleo(s) actual(les).
- Más reciente declaraciones de benéficos, por ejemplo, pensión o anualidad.
- Declaración mas reciente de la administración de benéficos de seguro social.

Yo declaro que toda la información dada en esta declaración es verdadera y complete. Por la presente autorizo a North Florida Medical Centers, Inc. (NFMC) a verificar toda la información en esta declaración y a obtener reporte de mi crédito. Si yo eh proveído información falsa, NFMC tiene el derecho de rechazar esta aplicación de Slide Fee (Bajos Ingresos).

Firma de Paciente/Garante

Fecha de nacimiento de paciente

Fecha

Requisitos del la solicitud de bajos ingresos

La solicitud de bajos ingresos, o servicios a descuento, se ofrece a todos los pacientes y debe ser renovado anualmente. El descuento se basa en el ingreso familiar bruto y el tamaño de la familia según las directrices federales establecidas en el Rgistro Federal. La información de ingresos es requerida por el gobierno federal, porque trabajamos con fondos Federales. Los siguientes tipos de verificación de ingresos adecuada deben ser entregadas en los **próximos diez 10 días**.

Copia de un formulario del IRS completo y firmado 1040 para el año anterior,

O cualquiera de los **dos(2)** siguientes:

1. Declaración IRS Form W-2 salarios e impuestos para el año anterior;
2. Talones de cheques por los dos (2) últimos períodos de pago por parte del empleador(es) y la frecuencia de pago para asegurar la consistencia por período de pago para cada miembro de la familia propia;
3. Estado de cuenta bancaria
4. Determinación de la renta del programa de asistencia pública;
5. Verificación de todo el empleo(s) actual(es)
6. Más reciente declaración de beneficios, por ejemplo, pensión o anualidad, y
7. Declaracion más reciente de la administración de beneficios de Seguro Social

La solicitud de bajo ingreso debe ser completada con una preba adecuada de ingresos o se le cobrará el precio completo de su visita.

Lista de Cargos de Trifa única debida en el omento de la cita

Nivel A=\$10.00

Nivel B=\$15.00

Nivel C=\$20.00

Nivel D=\$30.00

Dependiendo de su elegibilidad aprobada por aplicación de bajos ingresos, será esperada la tarifa antes de cada visita.

Firma de Paciente y Fecha Paciente reconoce y entiende los requisitos del programa de bajos ingresos.



Documento Declaración de Bajos Ingresos

Nota: Este formulario es completado solo cuando la persona no puede proveer una segunda prueba de ingreso.

Yo, _____ No puedo proveer un Segundo documento
Paciente/Nombre de Garante

Indicando mi ingreso. Estoy solicitando un pedido de renuncia a los requerimientos de proveer una segunda prueba de ingreso para ser incluido con mi aplicación de Side Fee o bajos ingresos.

(Marqué todos tipo de documento que la persona, Paciente o persona responsable **no posee.**)

- Formularios de salario de IRS 1040 para el año anterior.
- Formulario de salario de IRS W-2 o declaración de taxes para el año anterior.
- Talones de cheques de los dos (2) últimos periodos de pagos por parte del empleador(res) y la frecuencia de pagos para asegurar la consistencia por period de pagos para cada miembro de la familia.
- Estado de cuenta bancaria.
- Determinación de la renta del programa de asistencia pública.
- Verificación de todo el empleo(s) actual(les).
- Más reciente declaraciones de benéficos, por ejemplo, pensión o anualidad.
- Declaración mas reciente de la administración de benéficos de seguro social.

Yo declaro que toda la información dada en esta declaración es verdadera y complete. Por la presente autorizo a North Florida Medical Centers, Inc. (NFMC) a verificar toda la información en esta declaración y a obtener reporte de mi crédito. Si yo eh proveído información falsa, NFMC tiene el derecho de rechazar esta aplicación de Slide Fee (Bajos Ingresos).

Firma de Paciente/Garante

Fecha de nacimiento de paciente

Fecha