

Date Received by NFMC: _____

North Florida Medical Centers, Inc.
APLICACION PARA BAJOS INGRESOS

Due By: _____ (Date)

Staff Initials: _____

Nombre del Paciente: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Acoyunte #)

Nombre del Garantir: _____
(Apellido) (Primer nombre) (Acoyunte #)

Dirección: _____
(Calle o # de Caja) (Ciudad) (Estado) (Código Postal) (County)

Estado Civil: Soltero/a _____ Casado/a _____ Divorciado/a _____ Vuida/o _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Edad: _____ Sexo: ___F ___M
(mes) (día) (año)

De Seguro Social ____ - ____ - ____ # de Tel. (Casa) (____) _____

¿Empleado/a? Si _____ No _____ Ocupación: _____

Nombre del Empleador: _____ Teléfono: (____) _____

Dirección: _____

¿Tiene alguno de lo siguiente? 1. Aseguranza ____ 2. Medicare ____ 3. Medicaid ____
(Si/No) (Si/No) (Si/No)

UNIDAD FAMILIAR

(Note al lado los nombres del tipo de cobertura(s) que aplica(n))

Nombre	Tipo de Cobertura	Relación al Paciente	Fecha de Nacimiento	Sexo

(Por favor aliste miembros adicionales al reverso de la forma)

INGRESOS (Todas las fuentes deben incluirse)

	Horas Por Semana	Pago Por Hora	Pago Semanal	Pago Mensual	Pago Anual
Cabeza de Familia					
Cónyuge					
Otro/a					
Otro/a					

Total de Miembros en la Familia: _____ Ingreso Total Anual: \$ _____ Pago de Bajo Ingreso: _____

Al firmar mi nombre en esta forma, certifico que la información dada es verídica y completa al mejor de mi conocimiento. Entiendo que si concientemente doy información falsa, puedo ser castigado bajo la Ley Estatal o Federal. Doy mi consentimiento a una investigación referente a mi declaración. Entiendo esta solicitud debe ser renovado en 12 meses a partir de fecha de la solicitud, a menos que se indique lo contrario por gestor del Centro.

Firma

PACIENTE RECHAZADO

____/____/____
Fecha de Aplicación

Entrevistador(a)

____/____/____
Evaluación 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 Registro 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. Declaración más reciente de la administración de beneficios de Seguro Social

La solicitud de bajo ingreso debe ser completada con una prueba 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