



## Community of Hope

### Solicitud para el programa de descuento para servicios médicos

#### 1. Información de Cabeza de Familia:

|                                      |                      |                 |                     |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------|---------------------|
| Nombre: (Primer, Segundo y Apellido) | Fecha de Nacimiento: |                 |                     |
| Dirección:                           | Ciudad/Estado/C.P.   | Número de Casa: | Número del Celular: |

#### 2. Información de Ingresos: Por favor rellene la siguiente tabla con la información de todos los adultos del hogar con ingresos: se debe proveer **PRUEBA DE INGRESOS**.

| Persona Empleada         | Nombre del Patrón      | Ingreso Bruto | Cobrado con qué frecuencia?  |
|--------------------------|------------------------|---------------|--|
|                          |                        | \$            | <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes<br><input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas |
|                          |                        | \$            | <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> 2 veces al mes<br><input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas |
| Otra fuente de ingresos: | Pensión alimenticia \$ | TANF \$       | Pensión de jubilación \$   |
| Pensión de los hijos \$  | Incapacidad \$         | SSI \$        | Seguro Social \$   |
| Subsidio de desempleo \$ | Otro \$                | Otro \$       | Otro \$  |

#### 3. Información del Hogar: Incluya **TODAS** las personas que viven en el hogar, incluida la cabeza de hogar.

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Relación | Estado  |
|--------|---------------------|----------|---|
| 1.     |                     |          | <input type="checkbox"/> Paciente de la clínica |
| 2.     |                     |          | <input type="checkbox"/> Paciente de la clínica |
| 3.     |                     |          | <input type="checkbox"/> Paciente de la clínica |
| 4.     |                     |          | <input type="checkbox"/> Paciente de la clínica |
| 5.     |                     |          | <input type="checkbox"/> Paciente de la clínica |
| 6.     |                     |          | <input type="checkbox"/> Paciente de la clínica |

#### 4. Reconocimiento

Al firmar a continuación, yo afirmo que la información proveída arriba es cierta y correcta. Yo autorizo a Community of Hope a verificar información sobre mi situación económica. **Yo entiendo que debo proveer esta información para poder calificar para el programa de descuento. Si Community of Hope no recibe esta información dentro de 14 días, yo entiendo que recibiré un cobro del monto total de la visita y las pruebas de laboratorio seré responsable de pagar cualquier costo adicional.** Además yo entiendo que tendré que renovar mi solicitud para el programa cada año para mantener vigencia. Yo actualizaré mi solicitud si cambian mis circunstancias de vivienda incluyendo mis ingresos, mi familia o si consigo seguro. He leído los reglamentos de arriba y estoy de acuerdo con ellos. Además entiendo que yo soy responsable de pagar mi copago a la hora de servicio, a menos que yo haya hecho un acuerdo previo respecto al pago con el/la gerente de la clínica.

Firma del/la solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

|  |  |
|--|--|
| <p><b>Office Use Only:</b><br/>         Date: _____ Staff Initials: _____<br/> <input type="checkbox"/> Pending    Notification Due Date: _____<br/>         Slide Plan: <input type="checkbox"/> Slide A <input type="checkbox"/> SlideB1 <input type="checkbox"/> SlideB2 <input type="checkbox"/> Slide B3 <input type="checkbox"/><br/>         Slide C <input type="checkbox"/> Self Pay<br/>         Notes: _____<br/>         _____<br/>         _____<br/> <input type="checkbox"/> Family application</p> | <p><b>Office Use Only:</b><br/>         Date: _____ Staff Initials: _____<br/> <input type="checkbox"/> Completed<br/>         Slide Plan: <input type="checkbox"/> Slide A <input type="checkbox"/> SlideB1 <input type="checkbox"/> SlideB2 <input type="checkbox"/> Slide B3 <input type="checkbox"/><br/>         Slide C <input type="checkbox"/> Self Pay<br/>         Notes: _____<br/>         _____<br/>         _____<br/> <input type="checkbox"/> Family application</p> |
|--|--|

