



**APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ESCALA DE HONORARIOS DESLIZANTE  
ASISTENCIA FINANCIERA**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) Mes Día Año

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(O Numero de ITIN) Mes Día Año

Estado Civil: Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_

Nombre de su Esposo/a \_\_\_\_\_

**DECLARACION DEL SOLICITANTE**

Yo certifico que la información en esta aplicación es verdadera y exacta. Comprendo que es mi responsabilidad llenar esta aplicación y proporcionar las pruebas necesarias de ingresos, de identificación, y de residencia, para poder solicitar servicios descontados. Comprendo que como un **Paciente Nuevo**, yo debo proporcionar toda la documentación necesaria antes de, o en momento de mi consulta médica, o tendré que pagar el precio completo por los servicios recibidos. Además, comprendo que como un paciente establecido aplicando de nuevo para recibir servicios descontados, yo tendré no más de 10 días a partir de la fecha de mis servicios para proporcionar las pruebas de ingresos, identificación, y documentación de residencia, o seré responsable de pagar el precio completo por los servicios recibidos. **Comprendo que ningunos descuentos serán aplicados a cuentas que se pasen del período de 10 días.**

Yo me comprometo a informar al Centro de Salud Familiar del Sur de Oklahoma si mi situación financiera cambia drásticamente. Yo también comprendo que el falsificar información o documentación en la aplicación tendrán como resultado que mi aplicación sea negada y que todos los descuentos que se me hayan dado bajo esta información falsa serán revocados y seré responsable de pagar el precio completo de todos los cargos. Comprendo que si tengo seguro medico todos los pagos aplicables del seguro deben ser aplicados a la cuenta antes de que se aplique cualquier descuento. **Comprendo que esta aplicación, y cualquier descuento para el que puedo calificar, aplicará solamente al paciente listó en esta aplicación. Cualquier otro paciente adicional debería aplicar por separado.**

**Estoy enterado que FHCSO está legalmente obligado a seguir las políticas y regulaciones establecidas por el gobierno federal, y es ilegal representar ó declarar información falsa en esta aplicación.**

**Yo me comprometo a:** ayudar a FHCSO verificar cualquier información que este en esta aplicación, y permitió que obtengan la información necesaria de mis empleadores, agencias de gobierno, o proveedores médicos, y de otras fuentes que sean necesarias.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Personal de la Clínica

\_\_\_\_\_  
Fecha

**INFORMACION DE LA CASA**

Por favor liste todas las personas que estén viviendo en su casa (**incluyéndose a usted mismo**) que cumplan con los siguientes criterios: 1) Todas las personas que reclamo en su declaración de impuestos federal. 2) adultos que no tengan ninguna relación con usted pero que contribuyen a los ingresos de la casa tales como (comida/renta/utilidades).

**Por Favor Escriba con Letra de Molde**

Nombre y Apellido	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social/ITIN	Fuente de Ingreso	Que tan seguido le pagan? (semanal; quincenal)	Relación con el aplicante
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

**Por Favor incluya la documentación de ingresos de todos los adultos incluidos en esta aplicación.**

**SEGURO**

¿Usted, o el paciente que usted representa, tiene seguro médico/dental? \_\_\_Yes \_\_\_No

Si contesto que si, por favor dele a la recepcionista **su tarjeta(s) de seguro para que obtenga una copia.**

**REQUISITOS PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO**

**Prueba de identificación:**

Por favor traiga uno de las siguientes formas de identificación (si es que no está actualmente en su archivo).

- Tarjeta de seguro social
- Licencia de manejar o una identificación del estado vigente
- Acta de nacimiento
- Tarjeta de ITIN u otro documento que contenga su número de ITIN
- Pasaporte

**Prueba de residencia:**

Por favor traiga uno de los siguientes documentos para demostrar su residencia (**si es que no está actualmente en su archivo**).

- Cobro de luz, agua, o gas reciente
- Recibo reciente de renta o hipoteca bancaria
- Talón de cheque que incluya su nombre y su dirección
- Carta de algún beneficio enviado a su domicilio

**Nota: residencia no es requisito para recibir tratamiento médico.**

Por favor traiga los siguientes documentos para comprobar el ingreso de cada una de las personas que esté en la aplicación del programa de descuento que contribuya hacia la alimentación, renta, o utilidades de la casa. **Documentación reciente debe ser proporcionada cada vez que renueve su aplicación para el programa de descuento.**

### **COMPROBANTES DE INGRESO PARA EL PROGRAMA DE HONORARIOS DESLIZANTES**

Como un Centro de Salud Federalmente Calificado (FQHC), el Centro de Salud Familiar de El Sur de Oklahoma (FHCSO) es capaz de proporcionar descuentos de honorarios deslizantes para personas que pagan ellos mismos ó tiene poca cobertura que cumplan con los requisitos de elegibilidad de ingresos. Pacientes que pagan ellos mismos ó que tengan poca cobertura pueden calificar para este programa de descuento basado en el número de personas en la familia y documentación apropiada de **ingresos de todos los miembros de familia.**

La siguiente lista es de documentación considerada apropiada para comprobar el ingreso de la familia:

- A) Declaración de impuestos del año anterior (Forma 1040, 1040A, 1040EZ) para cada miembro de la familia que esté trabajando (Necesitamos una copia del IRS si es que fue hecha a mano)
- B) 2 meses completos (de los más recientes) de talones de pago
- C) Formulario de Verificación de Empleo, firmada por el empleador mostrando: fecha de contratación, tarifa de pago, horario de trabajo etc. La forma debe ser notariada; por lo menos, se deberá hacer una verificación personal con el empleador.
  - a. Si ha sido empleado por menos de 2 meses, aceptaremos los talones de cheque ó documentación notariada disponible. En esta situación, FHCSO va a **VENCER su estatus de honorarios deslizantes después de su visita actual.** En la próxima visita el paciente será responsable de proporcionar los talones de 2 meses para establecer elegibilidad.
  - b. Cuando toda la documentación haya sido proporcionada, la elegibilidad de los honorarios deslizantes estará en efecto por 1 año, ó hasta que haiga un cambio sustancial en el ingreso familiar, ó cambio en el tamaño de la familia.
- D) Carta de la Administración del Seguro Social ó estado de cuenta bancario indicando su depósito directo de la Administración de Seguro Social ó Cheque de la Tesorería Estadounidense.
- E) Carta de aviso ó talones de cheque del Departamento de Desempleo mostrando la cantidad de sus beneficios. Este documento debe incluir el nombre y/ó número de seguro social.
- F) Carta de aviso de beneficios ya sea de pensión, retiro ó incapacitación recibidos ó un estado de cuenta reciente indicando depósito directo de los mismos.
- G) Orden de la Corte de Manutención de Menores (Child Support)
- H) Verificación de ingresos del Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma
  - a. Carta de otorgamiento (forma "HA") mostrando la asignación de Estampillas de Comida (para cualquier miembro de la familia que reciba estampillas de comida.