



DESCUENTO DE LA TARIFA DESLIZANTE APPLICATON PROGRAMA

1. ¿Se le reclama como dependiente de los impuestos de un pariente? Sí No Comentario: _____
2. ¿Quien trabaja en el hogar? Yo Ambos Cónyuge Comentario: _____
3. ¿Ha solicitado Medicaid o ha tenido cobertura de Medicaid en el ultimo ano? Sí No Comentario: _____
4. ¿Tiene 65 a nos o mas? Sí No Comentario: _____
5. ¿Ha solicitado Medicare? Sí No Comentario: _____
6. ¿Esta recibiendo Discapacidad del Seguro Social? Sí No Comentario: _____
7. ¿Ha sido inhabilitado recientemente, o sera inhabilitado durante 12 meses? Sí No Comentario: _____
8. ¿Esta legalmente ciego? Sí No Comentario: _____
9. ¿Es usted un veterano? Sí No Comentario: _____
10. ¿Ha solicitado beneficios del VA? Sí No Comentario: _____
11. ¿Esta usted menor de 21 a nos, esta embarazada o es el cuidador principal de un nifio que vive en su hogar menor de 19 anos? Sí No Comentario: _____
12. ¿Ha solicitado Medicaid? Sí No Comentario: _____

DESCUENTO DE LA TARIFA DESLIZANTE APPLICATON PROGRAMA

Por favor, enumere a los miembros de la familia que viven en su hogar y son reclamados como dependientes a efectos fiscales.

HOGAR - Por favor enumere a los miembros de la familia que viven en su hogar y son reclamados como dependientes a efectos fiscales		
Nombre	Fecha de nacimiento	Numero de Seguro Social

Tamaio total del hogar _____

Ingreso Familiar Total \$ _____

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACION PRESENTADA ES VERDADERA A LO MEJOR DE MI CONOCIMIENTO. Doy permiso a Advance Community Health para contactar a cualquier persona que pueda tener informaci6n sobre mi elegibilidad. Declaro, bajo pena de perjurio, que la informaci6n en este formulario, mi Declaraci6n Federal de Impuestos sobre la Renta, y la documentaci6n adjunta presentada con esta solicitud, es verdadera, correcta y completa. Si se determina que cualquiera de la informaci6n proporcionada es inexacta o si no notifico inmediatamente a Advance community Health de cualquier cambio, entiendo que sere eliminado del Programa de Descuento de Tarifas deslizantes, y que sere responsable de todos los cargos retroactivo a la fecha en que se encontr6 que la informaci6n era inexacta, y que ya no puedo recibir atenci6n con descuento de Advance Community Health.

_____ Nombre del paciente:	_____ Firma o Marca del Paciente o Tutor	_____ Fecha
_____ Testigo de empleado de ACH	_____ Firma del empleado	_____ Fecha
_____ Testigo de empleado de ACH #2	_____ Firma del empleado	_____ Fecha