



Aplicación para el programa de descuento de tarifa variable

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del tutor (si corresponde): _____

Dirección: _____ Ciudad, estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico (opcional): _____

1. ¿Se le declara como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de un familiar?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
a. <i>Nota: Si se le declara como dependiente en la declaración de impuestos sobre la renta de un familiar, no puede presentar una solicitud; la persona que lo declara debe presentar una solicitud utilizando su información.</i>						
2. ¿Quién está empleado en el hogar?	<input type="checkbox"/>	Yo	<input type="checkbox"/>	Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Ambos
3. ¿Ha solicitado Medicaid o ha tenido cobertura de Medicaid durante el último año?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
a. ¿Tiene usted menos de 21 años, está embarazada o es el cuidador principal de un niño que vive en el hogar y es menor de 19 años?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
4. ¿Tiene usted 65 años o más?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
a. ¿Ha solicitado Medicare?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
b. ¿Está recibiendo beneficios de Seguro Social por Discapacidad?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
c. ¿Ha quedado discapacitado recientemente o estará discapacitado durante 12 meses?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
5. ¿Está legalmente ciego/a?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
6. ¿Es usted un veterano?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		
a. ¿Ha aplicado para beneficios del VA?	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No		

Por favor enumere todos los miembros de la familia, incluido usted mismo, que viven en su hogar o están declarados como dependientes para fines fiscales.

Nombre	Fecha de Nacimiento

Miembros totales del hogar: _____

Ingresos familiares totales: \$ _____

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PRESENTADA ES VERDADERA SEGÚN MI FRANCO CONOCIMIENTO. Autorizo a Advance Community Health a que se comunique con cualquier persona que pueda tener información sobre mi elegibilidad. Declaro, bajo pena de perjurio, que la información en este formulario, mi Declaración de Impuestos Federales sobre la Renta y la documentación adjunta presentada con esta solicitud es verdadera, correcta y completa. Si se determina que alguna de la información proporcionada es inexacta o si yo no notifico de inmediato a Advance Community Health sobre cualquier cambio, comprendo que seré eliminado del Programa de Descuento de Tarifa Variable y que seré responsable de todos los cargos retroactivos a la fecha en que se determinó que la información era inexacta, y que es posible que ya no pueda recibir atención con descuento de Advance Community Health. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito a la organización que la proporciona.

_____ Nombre del paciente	_____ Firma del paciente o del padre/tutor	_____ Fecha
------------------------------	---	----------------

_____ Nombre impreso (<i>si firmado en nombre del paciente</i>)	_____ Relación (<i>si firmado en nombre del paciente</i>)	_____ Fecha
--	--	----------------

_____ Nombre del empleado de ACH	_____ Firma del empleado de ACH	_____ Fecha
-------------------------------------	------------------------------------	----------------

_____ Nombre del testigo del empleado de ACH	_____ Firma de testigo del empleado de ACH	_____ Fecha
---	---	----------------