

Aplicación de Asistencia Financiera Confidencial

Nombre de Paciente:
Dirección:
Ciudad, Estado, Código Postal:
Teléfono (un círculo): Casa/ Movil/ Trabajo/ Otra:
Fecha de Nacimiento:
Número de Seguro Social:

Es necesario que hagamos preguntas personales para darle un descuento en nuestros gastos médicos. Esta información será archivada en nuestro centro con estricta confidencialidad. Su ingreso anual del hogar se utilizará para calcular el nivel de su pago.

Número de personas que viven en su hogar?	
Le gustaría obtener información adicional sobre el intercambio de seguro de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene Medicaid?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene Medicare?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene Asistencia de los Veteranos (VA)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Tiene Seguro Medico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Está aplicando para el programa de asistencia (OBO) relacionada con el embarazo? Sí No

¿Está solicitando asistencia integral relacionada con la salud para servicios como la acupuntura, el ahuecamiento, etc.? Sí No

Cuál es tu estado civil? Soltero Casado Viudo Divorciado Separado

¿Usted es ciudadana Estadounidense? Sí No **Lugar de nacimiento (Estado o país):**

¿Usted es residente permanente? Sí No **# de tarjeta de Residencia:** **Fecha de emisión:**

El ingreso bruto anual antes de impuestos debe incluir todas las fuentes de ingresos.(salarios, seguro social, desempleo, ingreso de bienes, pensiones, manutención de los hijos) **Si usted no tiene ingresos, por favor iniciales aquí.** (Formas adicionales tendrá que llenar.)

Empleador	Fecha de Inicio	Horas/ Semana	\$	pagado	<input type="checkbox"/> cada hora	<input type="checkbox"/> Salario	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Bimensual	<input type="checkbox"/> Mensual
Empleador	Fecha de Inicio	Horas/Se mana	\$	pagado	<input type="checkbox"/> cada hora	<input type="checkbox"/> Salario	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Bimensual	<input type="checkbox"/> Mensual
Empleador	Fecha de Inicio	Horas/Se mana	\$	pagado	<input type="checkbox"/> cada hora	<input type="checkbox"/> Salario	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Bimensual	<input type="checkbox"/> Mensual
Empleador	Fecha de Inicio	Horas/Se mana	\$	pagado	<input type="checkbox"/> cada hora	<input type="checkbox"/> Salario	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Bimensual	<input type="checkbox"/> Mensual

¿Recibe algún ingreso de cualquiera de las siguientes fuentes, y si es así, ¿cuánto por mes?

Fuentes	Tú	Su esposa	Tus niños	Otra persona	Fuentes totales
Seguridad Social/ Pensión					
Asistencia pública					
Desempleo/ Compensación de trabajadores					
Estampillas para Alimento					
Propiedades en alquiler					
Intereses					
Manutención de Menores/ Pensión Alimenticia Recibida					
Otros ingresos (especificar)					

Porfavor Indique su cónyuge y / o cualquier dependiente de impuestos que vivan en el hogar. (Use una hoja de papel adicional si es necesario)

Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Relación con el Paciente:
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

1. Yo certifico que la información proporcionada aquí es verídica, completa y precisa.
2. Yo doy a Family Medicine Health Center permiso para compartir esta información con otras organizaciones, los otorgantes o proveedores (y sus auditores) que proporcionan servicios con descuento para mí a petición del Family Medicine Health Center. Ejemplos de tales organizaciones son Programa para Asistencia de Medicamentos para el Paciente, redes de referencia, laboratorios, servicios de imágenes médicas, o los médicos especialistas, etc.
3. Entiendo que proporcionar información falsa me puede excluir de descuentos en el Family Medicine Health Center. Me puede cobrar por cualquier descuento que he recibido con información falsa. Entiendo que debo proporcionar la verificación de los ingresos, la asistencia financiera, dependientes, estados de cuenta bancarios, pago de cupones para alimentos y declaraciones de impuestos si procede.
4. Entiendo que si me aprueban para el Programa de Asistencia Financiera, estará vigente durante 12 meses a partir de la fecha de aprobación. Notificaré de inmediato a Family Medicine Health Center si mi situación financiera cambia (es decir, cambio en el tamaño de la familia, cambio de empleo, nuevo empleo, calificación para otra asistencia, etc.). Si necesito ayuda después de 12 meses, entiendo que debo solicitar de nuevo el Programa Asistencia Financiera presentando una nueva aplicación con nuevos documentos de apoyo.

Paciente^o / Guardián Firma:	Fecha:
---	---------------

INSTRUCCIONES EN OTRO LADO

Instrucciones de Aplicación

1. Las aplicaciones pueden ser completadas y submitidas en <https://secure.fmridaho.org/portal/default.aspx>
2. Sólo use un lapicero de **tinta azul oscuro o negro** al rellenar la aplicación.
3. Llene la aplicación por completo y regrese toda la documentación dentro de **10 días** a Family Medicine Health Center.

Usted puede dejar esta aplicación en cualquiera de nuestras clínicas, así como por correo o por fax a: **#208-322-7018**

**Family Medicine Health Center
Financial Assistance Coordinator
777 N Raymond St, Boise, ID 83704**

4. Si un campo y / o una sección no aplica a usted, apunte "N / A". Las aplicaciones incompletas no se procesarán hasta que se haya proporcionado toda la información necesaria para procesar la aplicación.

5. Los descuentos serán basados en el ingreso de familia/hogar y en el tamaño de familia.

La familia es definida como:

- a. **Definición de familia es limitada a cónyuge y / o dependientes ("hijo calificado" o "pariente calificado") según las definiciones del IRS en el Título 26, Sección 151-152 del código tributario. (Cualquier persona que usted incluya en sus taxes)**

6. Si tiene preguntas, comuníquese con nuestra Coordinadora de Asistencia Financiera al **208-514-2500 ext. 3465**

Copias de los documentos que se deben entregar con la aplicación incluyen :

1. Una copia valida de tarjeta de identification o licencia de conducir.
2. Si está solicitando asistencia relacionada con el embarazo (OBO), las solicitantes que podrían ser elegibles para aplicar para Medicaid deben proporcionar una carta indicando que se le negó el medicaid.
3. Una copia de cualquier y todos los ingresos recibidos por todos los miembros del hogar (ambos adultos y niños) tendrá que ser revelada y verificada en la aplicación. *Ver tabla abajo.*
4. Para todos los adultos en el hogar que no estan trabajando se necesitara una carta explicando porque no tienen empleo.

✓	Tipo de Ingreso	Verificación Necesaria
	Sin Ingresos	Firme el formulario llamado ""AUTODECLARACIÓN DE LOS INGRESOS DEL HOGAR" y la(s) persona(s) quien le este proporcionando asistencia tendrá(n) que llenar el formulario llamado "DECLARACIÓN DE CONTRIBUCION SUPLEMENTARIA"
	Ingresos de Empleo	Copia de salario/talones de cheque de los últimos 30 días o una carta escrita por su empleador indicando su salario/pago por hora y las horas por semana esperadas de trabajo.
	Ingresos de Empleo Propio (trabajadores por cuenta propia)	Declaración de Ganancias y Pérdidas de los últimos 3 meses y los impuestos del año mas reciente.
	Compensación por Desempleo	Beneficios de desempleo en la forma de una determinación de elegibilidad o un resumen de pago de beneficios (se debe ver la cantidad de beneficio restante o semanas restantes del beneficio)
	Compensación del Trabajador	Beneficios de compensación del trabajador en la forma de determinación de elegibilidad o resumen de pago de beneficios
	Seguro Social	Estado de cuenta bancaria o carta de determinación de seguro social de los últimos 30 días
	Seguridad de Ingreso Suplementario	Estado de cuenta bancaria o carta de determinación de seguro social de los últimos 30 días
	Asistencia Pública	Estado de cuenta bancaria o carta de determinación de los últimos 30 días
	Pagos de Veteranos	Declaración bancaria o carta de determinación de pagos de veteranos de los últimos 30 días
	Beneficios del Superviviente	Estado de cuenta bancaria o carta de determinación de beneficios de sobreviviente de los últimos 30 días
	Pensiones o Ingresos de Jubilación	Estado de cuenta bancaria o estado de cuenta de Pensión o Retiro de los últimos 30 días
	Fondos de Ahorros o Cuenta de Cheques	Estado de cuenta de los últimos 30 días
	Intereses y / o Dividendos	Estado de cuenta bancario o la declaración de interés de los últimos 30 días
	Renta, Regalias, Fideicomisos	Estado de cuenta de los últimos 30 días
	Ingresos de Propiedades	Estado de cuenta de los últimos 30 días
	Asistencia Educativa(Ayuda Financiera, Becas, Prestamos)	Declaración bancaria que demuestre el reembolso de depósito directo recibido de la escuela o hoja de información del préstamo/beca del estudiante. Esta hoja mostrará el total de préstamo(s) y / o beca(s) recibidas y los gastos de colegiatura para el semestre /año actual.
	Pensión alimenticia	Estado de cuenta de los últimos 30 días
	Manutención de los hijos	Historia de manutención de los hijos del "Department of Health and Welfare" (<i>Departamento de Salud y Bienestar</i>) de los últimos 5 pagos aun que no se halla recibido pago.
	Asistencia de fuera del hogar o de fuentes diversas.	Haga que la(s) persona(s) quien está proporcionando la asistencia llene la "DECLARACION DE CONTRIBUCION SUPLEMENTARIA"
	Beneficios no monetarios (estampillas de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan	No se necesita la verificación

APLICACIÓN EN OTRO LADO