

Complete este documento para solicitar al programa de descuentos por escala de tarifas variables. Asegúrese de responder a todas las preguntas para evitar retrasos en el procesamiento de su solicitud.		FECHA
NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDOS
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE TELÉFONO	DIRECCION DE CORREO ELECTRÓNICO
Declaración de rechazo (Marque esta casilla solo si NO desea solicitar el Programa de Descuento por Tarifa Variable y firmar el formulario). ☐ No deseo solicitar el programa de descuento por cuotas variables. Entiendo que puedo solicitarlo en cualquier momento en el futuro.		

? ¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted para informarle sobre su elegibilidad para el Programa de Descuento por Tarifas Variables?

¿Podemos ponernos en contacto con usted por teléfono móvil y correo electrónico para informarle sobre su elegibilidad para el Programa de Descuento por Tarifas Variables?
☐ Si ☐ No

? ¿Dónde recibe usted su correspondencia?

DIRECCIÓN DE CORREO		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

? Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre su vivienda:

¿Vive en una vivienda pública?	☐ Si ☐ No
¿Está sin hogar?	☐ Si ☐ No
Si no tiene hogar, ¿dónde duerme actualmente?	☐ Refugio ☐ Con un familiar ☐ Amigo ☐ En la calle ☐ Otro

? Por favor, responda a las siguientes preguntas sobre su situación laboral:

¿Está empleado?	☐ Si ☐ No – estoy desempleado (a). ☐ No – estoy jubilado (a).
Si está empleado, ¿dónde trabaja?	
Si está desempleado, ¿recibe beneficios por desempleo?	☐ Si ☐ No
¿Recibe beneficios por Seguro Social?	☐ Si ☐ No
¿Recibe usted ingresos de jubilación?	☐ Si ☐ No
¿Recibe algún tipo de ayuda pública? (i.e. TANF, SNAP, Work First)?	☐ Si ☐ No
¿Recibe usted pensión alimenticia y/o manutención de menores?	☐ Si ☐ No
¿Es estudiante de tiempo completo?	☐ Si ☐ No
¿Es trabajador (a) agrícola o de temporada?	☐ Si ☐ No

? ¿Quién es el jefe de familia?

☐ Yo mismo - Soy el jefe de familia.		
☐ Otra persona (Proporcione la información del jefe de familia a continuación).		
NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	SEGUNDO NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA	APELLIDOS DEL JEFE DE FAMILIA
FECHA DE NACIMIENTO DEL JEFE DE FAMILIA	¿El jefe de familia es paciente de Contentnea Health? ☐ Si ☐ No ☐ No sé	

? ¿Cuántas personas hay en su familia inmediata?

¿Cuántas personas (incluido usted) reciben más de la mitad de su apoyo financiero de su hogar?	TAMAÑO FAMILIAR #
--	-------------------

? Cuéntenos sobre su familia y los ingresos de su hogar.

SU NOMBRE	EDAD	EMPLEADOR / FUENTE DE INGRESO ☐ Ningún Ingreso	INGRESO MENSUAL \$
JEFE DE FAMILIA (SI NO ES EL PACIENTE)	EDAD	EMPLEADOR / FUENTE DE INGRESO ☐ Ningún Ingreso	INGRESO MENSUAL \$
NOMBRE DE MIEMBRO FAMILIAR	EDAD	EMPLEADOR / FUENTE DE INGRESO ☐ Ningún Ingreso	INGRESO MENSUAL \$
NOMBRE DE MIEMBRO FAMILIAR	EDAD	EMPLEADOR / FUENTE DE INGRESO ☐ Ningún Ingreso	INGRESO MENSUAL \$
NOMBRE DE MIEMBRO FAMILIAR	EDAD	EMPLEADOR / FUENTE DE INGRESO ☐ Ningún Ingreso	INGRESO MENSUAL \$
NOMBRE DE MIEMBRO FAMILIAR	EDAD	EMPLEADOR / FUENTE DE INGRESO ☐ Ningún Ingreso	INGRESO MENSUAL \$

Certificación de declaración

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es veraz y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que Contentnea Health mantendrá esta información privada y confidencial.

Asimismo, entiendo que información general no personal —como el nivel de ingresos y el porcentaje de pacientes que califican para descuentos— podrá compartirse con la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS) para fines de informes.

No se compartirá ninguna información personal ni datos que permitan identificar a las personas.

Entiendo que es mi responsabilidad notificar a Contentnea Health si el tamaño de mi familia o mis ingresos cambian.

Firma del solicitante/paciente

Fecha

SOLO PARA USO DE OFICINA						
PATIENT ATTESTATION	☐ None ☐ 30 Day GP ☐ Income Attest ☐ 0 Income	ANNUAL INCOME	\$	FAMILY SIZE		
ELIGIBILITY DETERMINATION	☐ A ☐ B ☐ C ☐ D ☐ E	INCOME VERIFICATION	☐ Patient Attested ☐ Verified via Income Docs ☐ Unverified			
ELIGIBILITY PERIOD	☐ 30 Days ☐ 90 Days ☐ 365 Days ☐ N/A	BEGIN DATE		END DATE		
Processed By		Process Date		Patient Account Number		