

Programa de Descuento por Tarifa Corriente

Para ser completado por personal de oficina.
 _____ Recertification _____ New
 Reviewed by _____
 Slide Level _____ Start Date _____
 _____ Card Given _____ Card Sent
 If applicable, Date Card Sent _____

Fecha _____

Nombre _____ # Del Telefono _____

(Responsable De La Familia**)

Dirreccion _____

LISTA A TODOS EN SU FAMILIA *, INCLUSO SI NO ESTÁN SOLICITANDO EL PROGRAMA. LISTE A TI MISMO EN LA PRIMERA LÍNEA. POR FAVOR IMPRIMIR.

(* FAMILIA: Individuos de un hogar familias tradicionales y no tradicionales que están unidas económicamente)

(** RESPONSABLE DE LA FAMILIA: Individuo responsable de tomar decisiones familiares)

Nombre y Apellido	¿Esta persona está aplicando?		Fecha de Nacimiento			Genero Hombre o Mujer	La Relación con el persona responsable de la familia	Número del Seguro Social (si)	¿Esta Persona Tienen Seguro?	OFFICE USE HEALTH RECORD #
	Si	No	Mes	Día	Ano					

¿HA APLICADO MEDICAID o CUALQUIER OTRO SEGURO? ¿ Medicaid? : SI / NO (Círculo Uno) ¿Otro Seguro?: SI / NO (Círculo Uno) Si se aplicó, fecha en que usted aplicó _____
 ¿Dónde solicitó? _____ ¿Está pendiente la solicitud? SÍ / NO (Círculo Uno)

Por favor marque todas las fuentes de ingresos brutos para todos los miembros de la familia que aparecen en la página 1

(* FAMILIA: Individuos de un hogar familias tradicionales y no tradicionales que están unidas económicamente)

TODAS LAS VERIFICACIONES DE INGRESOS DEBEN ESTAR ACTUALES EN EL PLAZO DE 30 DÍAS DE SOLICITUD ORIGINAL

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sueldo antes de impuestos | <input type="checkbox"/> trabajador independiente | <input type="checkbox"/> Asistencia Pública | |
| <input type="checkbox"/> El Retiro | <input type="checkbox"/> Beneficios Veteranos | <input type="checkbox"/> Discapacidad de Nueva York | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Compensación de desempleo | <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos | <input type="checkbox"/> La pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses |
| <input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler | <input type="checkbox"/> Renta de propiedad de alquiler | <input type="checkbox"/> Otros | |
| <input type="checkbox"/> Acciones dividendos seguros de vida stock <input type="checkbox"/> Seguridad social - seguridad complementaria / seguridad social discapacidad o el retiro de la seguridad social | | | |

PACIENTE DEBE INICIAL CADA LÍNEA ABAJO

- Entiendo debe ser un paciente activo en el centro de salud, o inscrito en un programa de centro de salud.
- Entiendo que las tarjetas meden son limitadas al sitio del centro de salud o programa de centro de salud, designado proveedores de farmacia, laboratorio y rayos x.
- Entiendo los cargos sólo por desplazamiento tasa descuento programa oficina de visitas en el centro de salud o el programa de centro de salud. Esto incluye servicios de salud mental médicos, dentales y en el sitio (si corresponde).
- Entiendo que recibiré una lista de procedimientos dentales cubiertos y los servicios ofrecidos en el centro de salud o programa de centro de salud bajo este acuerdo.
- Tengo entendido que el deslizamiento cargo programa de descuento también puede cubrir gastos para laboratorios, rayos x o medicamentos ordenados por un médico.
- Entiendo las cargas siguientes no están cubiertos por este programa: visitas a urgencias, ambulancia cobra, cirugía ambulatoria/ambulatorios, hospitalizados cargos, especialistas visitas al consultorio, recetas escritas por el especialista y otros cargos no están en lista proporcionada.
- Entiendo que el proveedor de centro de salud no está obligado a reescribir la receta escrita por otros proveedores de salud de la comunidad.
- Yo entiendo que si hay algún cambio en mi situación financiera, debo informar inmediatamente al patrocinador del programa y proporcionar información de ingresos actualizada. Entiendo que si no a proporcionar información actualizada perderé mi tarifa de desplazamiento beneficios de descuento.
- Tengo entendido que esta aplicación es buena para una marcha a un año. Ciertas circunstancias pueden resultar en la terminación.

ACUERDO Y RECONOCIMIENTO DEL PACIENTE

Esto es para certificar que la información he dado con respecto a mi situación financiera actual y la composición de la familia es verdadera y exacta, a lo mejor de mi conocimiento. La cobertura proporcionada por el programa me ha explicado. He recibido una carta que explica todos los servicios y donde se puede obtener. También entiendo que siempre debo presentar mi tarjeta de obtener servicios. El período de autorización y el importe de descuento/Co-pago se me ha explicado y entiendo tanto.

Nombre del Solicitante/ jefe de familia (por favor imprima)

La firma del Solicitante/ Jefe de familia

Si usted llena esta solicitud en nombre de otra persona, por favor imprimir y firmar su nombre, así como proporcionar su relación al solicitante.

Nombre del representante (por favor imprima)

firma de representante

Relación del representante con el solicitante

OFFICE USE ONLY

Name (Head of Family): _____ Date of Birth: _____ Health Record #: _____

INCOME SOURCE (MUST BE CURRENT)	Family Member	INCOME SOURCE – WEEKLY/BI-WEEKLY, ETC.	ANNUALIZED	ADJUSTED ANNUAL INCOME (GROSS INCOME – EARNED INCOME CREDIT - \$90/MO - \$1080 ANNUALLY)
Gross Wages/Salary (income before taxes) – last 4 stubs if paid weekly, last 2 stubs if paid bi or semi-monthly or statement from employer giving same information or DHHS Employers Statement		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
Self-Employment - last 2 years of Income Tax Forms or 1099s and verification of business expense		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
Pension/Retirement, Veterans' Benefit		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
NYS Disability, Workers' Compensation, Unemployment		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
Income Producing Property, Rental Income, Income from Boarder/Lodger		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
Stock/Life Insurance Dividends, Interest Income		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
Public Assistance, Social Security: SSI, SSD or SS Retirement		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
Child Support, Alimony		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
Other _____		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
Other _____		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
Other _____		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		TOTAL \$	TOTAL \$	TOTAL \$