

Evaluación De Los Ingresos Del Paciente

Aplicación para el descuento de la escala móvil

FECHA: _____

FECHA DE INGRESOS PARA ENTREGAR: _____

El pago se requiere al tiempo de recibir servicios. Porque usted ha indicado que hay barreras financieras la cuales le evitan pagar por los honorario asociado con sus visita(s), usted tiene la oportunidad de aplicar para los servicios basada en una escala móvil de descuento llenando esta forma. Prueba de ingresos es **necesario** para determinar su elegibilidad.

- Si la verificación de los ingresos no se somete en esta visita, usted no será elegible para la escala móvil de descuento. Sin embargo, si usted somete la verificación de los ingresos en el plazo de 30 días de la fecha de hoy, su porción de pago sera ajustada al porcentaje de la escala móvil por la cual usted sea elegible, si hay alguno; basado a su documentación.
- Si la prueba de los ingresos se recibe después de 30 días, su descuento de la escala móvil será vigente y comenzará la fecha que recibimos su prueba de ingresos. Los descuentos, No será retroactivo y usted deberá pagar los honorario por completo por las visitas recibidas antes de la fecha que usted trajo su documentación.

Los siguientes fuentes de ingresos deben ser incluidas al calcular sus ingresos: (Los ingresos "Brutos" son los ingresos antes de las deducciones)

Salarios, sueldos, propinas, comisiones	Asistencia Pública	Compensación de Desempleo
Pensiones	Beneficios del Seguro Social	Compensación por accidentes de trabajo
Ganancias Netas de Trabajo por su Cuenta	Beneficios de Veteranos	Ingresos de inversiones (Renta, interés, dividendos)
Mensualidades de mantenimiento de niños	Ganancias de negocio	

Otros ingresos en efectivo o abonos de alguna otra fuente de ingresos disponible para la familia.

Documentación aceptable para los ingresos incluyen:

Talón de cheque reciente	Documentos Judiciales	Declaración de Impuestos
Declaración actual de Comisiones	Extractos de cuenta actuales	
Carta de concesión	Carta firmada y notariada del representante legal	

He leído esto y
comprendo los
requisitos.

Iniciales: _____

INFORMACION SOBRE EL PACIENTE:

APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL FECHA DE NACIMIENTO NUMERO DE SEGURO

Cual es su situacion/status de vivienda:

- Tiene Vivienda Hogar Transicional En riesgo de estar sin hogar Vive en un refugio/alberge/misión
 Calle, campamento, Puente Viviendo con amistades (más de una familia en casa)
 Actualmente no estoy sin hogar, pero estuve en los últimos 12 meses

PERSONA RESPONSIBLE POR PAGOS LA CUENTA AL TIEMPO DEL SERVICIO:

APELLIDO PRIMER NOMBRE INICIAL FECHA DE NACIMIENTO NUMERO DE SEGURO

RELACIÓN AL PACIENTE: _____

INFORMACION SOBRE LOS INGRESOS DE LA FAMILIA:

NUMERO DE MIEMBROS EN LA FAMILIA: _____ : (Todas las personas en el mismo hogar que son relacionadas por sangre, adopción legal ó matrimonio, cumplen con la definición de dependiente.)

INGRESOS MENSUALES: \$ _____ (Para toda la personas que usted declare en su familia.)

FUENTES DE INGRESOS: (MARQUE TODOS LOS QUE SE REQUIERA)

- Salarios, sueldos, propinas, comisiones Beneficios de Seguro Social Pensión
 Asistencia Pública Pagos de mantenimiento/niños Ganancias de Negocios
 Compensación por accidente de trabajo Compensación de Desempleo Beneficios de Veteranos
 Ingresos Netos por Inversiones (renta, interés, dividendos)
 Ganancias Netas de trabajo por su cuenta
 Otros ingresos en efectivo o abonos de alguna otra fuente de ingresos disponibles. _____

FIRMANDO ACEPTO QUE TODA LA INFORMACION QUE HE PROPORCIONADO ES CIERTA Y VERDADERA Y ESTOY DE ACUEARDO CON LA POLIZA Y HE RECIBIDO RESPUESTAS A TODAS MIS PREGUNTAS :

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

*****FOR CNHF USE ONLY*****

VERIFIED GROSS MONTHLY INCOME: \$ _____ VERIFIED FAMILY SIZE: _____ DISCOUNT ELIGIBLE FOR: _____%

- Current Payroll or Check Stub Award Letter Court Documents Tax Returns Current Commissions Statement
 Bank Statement Letter From: _____ Other: _____

Homeless Verified? Yes / No EPIC MRN: _____ date input into EPIC: _____ verified by: _____