

Rural Health Group Assurance Program Application



Información del aplicante (Applicant Information)

Para que podamos darle un descuento en nuestros servicios, es necesario que Rural Health Group sepa un poco sobre su familia y sobre sus ingresos totales. Esta información es usada solo para calcular el descuento y es **confidencial**. (In order to apply for discounted services at Rural Health Group we need to know a little about your family and income. This information is only used to calculate your discount and is **kept confidential**).

Nombre (First Name):	Apellido (Last Name):	Fecha de nacimiento (Date of Birth): / /
-----------------------------	------------------------------	--

¿Tiene seguro médico? (Do you have medical insurance?) No Sí (Yes)

¿Puede pagar la consulta del día de hoy? (Are you prepared to pay for your visit today?) No Sí (Yes)

¿Actualmente tiene un empleo? (Are you currently employed?) No Sí (Yes)

¿Ha recibido algo de lo que listamos a continuación? (Do you receive any of the following?)
 No
 Desempleo (Unemployment)
 Asistencia pública (Public Assistance)
 Estampillas para comida (Food Stamps)
 Apoyo económico de su familia (Support from relatives)

¿Cuántas personas hay en su familia? (How many people are in your family?) # Niños (Children): _____ # Adultos (Adults): _____ =Total _____

Si tiene hijos menores de 18, Rural Health Group le recomienda que aplique para obtener Medicaid, en caso de que usted no pueda pagar los servicios médicos. (If you have children under the age of 18, Rural Health Group encourages you to apply for Medicaid as the best option for you and your family if you are unable to pay for medical services).

En mi casa ganamos \$ _____ antes de impuestos cada año mes semana
(My household earns \$ _____ before taxes every Year Month Week)

Con mi firma certifico que la información que estoy dando es verdadera. Entiendo que si miento con la intención de que me cobren menos, estoy cometiendo fraude. Estoy consciente de que si mis ingresos o miembros de mi familia cambian inmediatamente debo notificarlo a Rural Health Group. By signing this I certify that all of this information is true. I understand that if I lie to get a reduced fee, I am committing fraud. If the number in my household or my household income changes, I agree to report these changes to Rural Health Group as soon as possible.

_____ _____/_____/_____
Firma del aplicante **Fecha (eligibilidad expira a los 12 meses)**
Applicant Signature Date (Eligibility expires 12 months from date)

Proporcione información de cualquiera de las siguientes tres opciones:

- Complete la forma anexa 4056-T Sí (Yes) _____
Please complete the attached 4506-T form
- Proporcione una copia de sus impuestos (forma 1040) o fuentes de ingreso.
Provide a copy of your tax information (1040) or sources of income
- Talón de pago más reciente
Most recent pay stub

Si no puede proporcionar **COMPROBANTE DE INGRESOS, NO TIENE INGRESOS**, o tiene **PROBLEMAS PARA PAGAR**: If you are unable to provide **PROOF OF INCOME**, have **NO INCOME**, or have a **HARDSHIP**:

Describe brevemente su situación financiera: (Brief Description of Financial Situation)

RHG Staff Signature: _____ **Date:** ____/____/____
 Brief description validated by: _____ Access Coordinator ____/____/____
 If denied confirmed by: _____ Director of Revenue ____/____/____