

## Evaluación de Ingresos de Rural Health Group



### ¿Por qué se me pregunta sobre mis ingresos?

Rural Health Group es un centro de salud federalmente calificado (FQHC en inglés), y les pregunta a TODOS los pacientes sobre su vivienda, su estado de veterano, el tamaño de su hogar y sus ingresos. RHG usa la información sobre el tamaño del hogar y los ingresos para determinar la elegibilidad para el programa de descuentos de la escala móvil. Estas preguntas se hacen sin importar el estado de su seguro. **Aun si tiene seguro médico puede calificar para el programa de descuentos de la escala móvil.** Lo evaluamos con el fin de encontrar aquellos programas para los que pueda ser elegible, y le damos información para ayudarlo a aplicar.

Información del Paciente	
<b>Nombre del Paciente:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<i>Si el paciente es menor de 18 años, Nombre del Padre/Guardián Legal:</i>	<i>Relación:</i>
Por favor seleccione su situación de vivienda/vida: <input type="checkbox"/> Vivo en mi propia casa <input type="checkbox"/> Sin vivienda <input type="checkbox"/> Vivo con familiares/amigos <input type="checkbox"/> Refugio/Vivienda transitoria	<b>¿Es usted un veterano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Tiene seguro médico?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Nombre del Seguro Médico:</b> _____ <i>Si tiene seguro médico, le cobraremos a su proveedor de seguro y aplicaremos el descuento sobre cualquier saldo deudor de copagos y deducibles.</i>	
<b>¿Cuántas personas hay en su familia/hogar? Total</b> _____ <b>En mi hogar se gana</b> <input type="checkbox"/> \$0-\$24.980/año <input type="checkbox"/> \$24.981-\$33.820/año <input type="checkbox"/> \$33.821-\$42.660/año <input type="checkbox"/> \$42.661-\$51.500/año <input type="checkbox"/> \$51.501-\$60.340/año <input type="checkbox"/> \$60.341-\$69.180/año <input type="checkbox"/> \$69.181-\$78.020/año <input type="checkbox"/> \$78.021-\$86.860/año <input type="checkbox"/> más de \$86.861 <input type="checkbox"/> <b>No deseo revelar los ingresos de mi hogar.</b>	
Certificación	

Al firmar esto certifico lo siguiente:

- Se me ha explicado el programa de descuentos de la escala móvil de Rural Health Group.
- Me han ofrecido la oportunidad de aplicar para el programa de descuentos.
- No deseo aplicar en este momento o no soy elegible para el programa.
- Entiendo que se me puede reevaluar para el programa si cambian mis ingresos o el tamaño de mi hogar o si deseo completar el proceso de solicitud brindando información sobre el tamaño de mi hogar y pruebas de ingresos.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Firma**

**Fecha**

*(Padre o guardián legal/familiar más cercano/representante autorizado, si el paciente no puede firmar)*

FOR OFFICE USE ONLY	
<b>Income &amp; Family Size:</b> <input type="checkbox"/> Meets guidelines <input type="checkbox"/> Does not meet guidelines <input type="checkbox"/> Did not disclose	
<b>Sliding Fee Application:</b> <input type="checkbox"/> Application Initiated <input type="checkbox"/> Application offered but patient does not wish to apply at this time	
RHG Staff Signature: _____	Date: _____