



# 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"/> Vivo con familiares/amigos <input type="checkbox"/> Sin vivienda <input type="checkbox"/> Refugio/Vivienda transitoria	¿Está usted un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**¿Tiene seguro médico?**     Sí     No    **Nombre del Seguro Médico:** \_\_\_\_\_  
*Si tiene seguro médico, le cobraremos a su proveedor de seguro y aplicaremos el descuento sobre cualquier saldo deudor de copagos y deducibles.*

**Marque la casilla correspondiente al rango de ingresos anuales totales de su familia/hogar junto al número total de personas en su familia/hogar:**

	A	B	C	D	E
1	<input type="checkbox"/> \$ 0 - \$14,580	<input type="checkbox"/> \$14,581 - \$19,391	<input type="checkbox"/> \$19,392 - \$24,203	<input type="checkbox"/> \$24,204 - \$29,160	<input type="checkbox"/> \$29,161 o más
2	<input type="checkbox"/> \$ 0 - \$19,720	<input type="checkbox"/> \$19,721 - \$26,228	<input type="checkbox"/> \$26,229 - \$32,735	<input type="checkbox"/> \$32,736 - \$39,440	<input type="checkbox"/> \$39,441 o más
3	<input type="checkbox"/> \$ 0 - \$24,860	<input type="checkbox"/> \$24,861 - \$33,064	<input type="checkbox"/> \$33,065 - \$41,268	<input type="checkbox"/> \$41,269 - \$49,720	<input type="checkbox"/> \$49,721 o más
4	<input type="checkbox"/> \$ 0 - \$30,000	<input type="checkbox"/> \$30,001 - \$39,900	<input type="checkbox"/> \$39,901 - \$49,800	<input type="checkbox"/> \$49,801 - \$60,000	<input type="checkbox"/> \$60,001 o más
5	<input type="checkbox"/> \$ 0 - \$35,140	<input type="checkbox"/> \$35,141 - \$46,736	<input type="checkbox"/> \$46,737 - \$58,332	<input type="checkbox"/> \$58,333 - \$70,280	<input type="checkbox"/> \$70,281 o más
6	<input type="checkbox"/> \$ 0 - \$40,280	<input type="checkbox"/> \$40,281 - \$53,572	<input type="checkbox"/> \$53,573 - \$66,865	<input type="checkbox"/> \$66,866 - \$80,560	<input type="checkbox"/> \$80,561 o más
7	<input type="checkbox"/> \$ 0 - \$45,420	<input type="checkbox"/> \$45,421 - \$60,409	<input type="checkbox"/> \$60,410 - \$75,397	<input type="checkbox"/> \$75,398 - \$90,840	<input type="checkbox"/> \$90,841 o más
8	<input type="checkbox"/> \$ 0 - \$50,560	<input type="checkbox"/> \$50,561 - \$67,245	<input type="checkbox"/> \$67,246 - \$83,930	<input type="checkbox"/> \$83,931 - \$101,120	<input type="checkbox"/> \$101,121 o más

**Hay más de 8 personas en mi hogar.**  
 **No deseo revelar los ingresos de mi hogar.**

### 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.
- Si no soy elegible para el programa o si no deseo aplicar en este momento, 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)*

### Sólo Para Uso De La Oficina

Los ingresos y el tamaño de la familia:  
 Cumplen con las pautas     A     B     C     D     No cumplen con las pautas (E)     Información no revelada

Solicitud para la escala móvil:  
 Solicitud iniciada     Se ofreció la solicitud pero el paciente no desea aplicar en este momento

Firma del Staff de RHG: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_