

**Aplicación al programa de descuento de servicios médicos de Rural Health Group**



**Para recibir nuestros servicios médicos con descuento necesita llenar ésta aplicación para saber un poco más acerca de su familia y sus ingresos. La información es confidencial y se usa únicamente con el propósito de calcular su descuento.**

**Información del aplicante**

<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<i>Si el paciente es menor de edad, nombre del padre o tutor</i>	<b>Parentesco:</b>
<b>¿Tiene seguro médico?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <b>Nombre del seguro médico:</b> _____ <i>(Si tiene seguro médico, mandaremos la cuenta a su compañía de seguro y aplicaremos el descuento al balance pendiente por el co-pago y deducibles).</i>	
<b>¿Puede pagar la consulta del día de hoy?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<b>¿Actualmente tiene trabajo?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

**Información sobre su hogar**

Por favor liste TODOS LOS MIEMBROS que viven en su hogar, incluyendo a los que contribuyen con ingresos a los gastos del hogar, a aquellos de los cuales usted es responsable de sus gastos y que reclama en su declaración de impuestos. (Si necesita más espacio, utilice el reverso de la hoja.)

**Si tiene hijos menores de 18 años y no puede pagar los servicios médicos de Rural Health Group, le recomendamos que aplique para que reciban Medicaid. Podría ser la mejor opción para usted y su familia.**

**¿Cuántas personas hay en su familia? # Niños: \_\_\_\_\_ # Adultos: \_\_\_\_\_ = Total \_\_\_\_\_**

Nombre	Edad	Parentesco con el paciente

**Información sobre sus ingresos**

Por favor dé un estimado de sus ingresos familiares en su hogar. Asegúrese de incluir los ingresos de todos los miembros de su familia. (Ingresos son calculados antes de deducir los impuestos.)

**En mi hogar ganamos \$ \_\_\_\_\_**  Por semana  Por quincena  
 Por mes  Por año

Por favor marque cuáles documentos estará proporcionado para comprobar sus ingresos:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Último talón de cheque        | <input type="checkbox"/> Forma(s) W-2, 1099, 1040 | <input type="checkbox"/> Estado de cuenta bancario              |
| <input type="checkbox"/> Forma de impuestos IRS 4506-t | <input type="checkbox"/> Carta del patrón         | <input type="checkbox"/> Carta o estado de cuenta de beneficios |

Nota: Si NO puede entregar su comprobante de ingresos, o NO tiene ningún ingreso, o tiene dificultades para pagar, por favor llene la sección que está al reverso de esta hoja.

**Certificación**

Al firmar este documento certifico que todo lo anterior es verdadero.

<b>Firma</b> <small>(Paciente, padre, tutor o pariente cercano si el paciente no puede firmar)</small>	<b>Fecha</b> <small>(Esta aplicación expira a los 12 meses a partir de esta fecha)</small>
---	---

**Aplicación al programa de descuento de servicios médicos de Rural Health Group**



**No ingresos /No comprobante de ingresos**

Si **NO** puede entregar su comprobante de ingresos, o **NO** tiene ningún ingreso, o **tiene dificultades para pagar**, describa brevemente su situación:


**Certificación**

Al firmar este documento certifico que todo lo anterior es verdadero.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
**Firma** **Fecha**  
*(Paciente, padre, tutor o pariente cercano si el paciente no puede firmar) (Esta aplicación expira a los 12 meses a partir de esta fecha))*

**Continuación de la información del hogar**

Nombre	Edad	Parentesco con el paciente

**For Office Use Only**

**RHG Staff Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Approved**     **Denied**     **Routed to Director of Revenue**

Application Validated by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Denial Confirmed by: \_\_\_\_\_, Director of Revenue Date: \_\_\_\_\_