



Aplicación del Programa de Descuento 2018
Reconocimiento de Recibo de la Póliza del Programa de Descuento

He recibido un ejemplar de la Póliza del Programa de Descuento y acepto cumplir con los requisitos del Programa.	
Firma: _____	Fecha: _____

Nombre: _____
Fecha de Nacimiento: _____

¿Tiene algún tipo de aseguranza que cubra la totalidad o una parte de sus gastos médicos? Sí ___ No ___
 En caso afirmativo, por favor escriba a continuación.

--	--	--

Definición de tamaño de la familia: “Tamaño de la familia” se determinará teniendo en cuenta, como grupo, los individuos relacionados o no relacionados que con viven cuya producción de ingresos y consumo de bienes sean mezclados. Además, una persona que viva solo se contará como una persona para el de “tamaño familiar” para los propósitos para la Escala de Descuentos. Por favor, conteste lo siguiente sobre la base de esta definición del tamaño de la familia. **Tamaño de la familia** _____.

Además de usted mismo, nombre y fecha de nacimiento para todos los individuos incluidos en el tamaño de la familia.

Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____
Nombre: _____	Fecha de Nacimiento: _____

Definición de Ingreso: Ingreso es la cantidad total de dinero cada persona recibió antes de pagos de impuestos personales de ingresos, seguro, cuotas de Unión, deducciones de Medicare, etc. Por favor, conteste las siguientes preguntas basadas en esta definición de ingreso.

¿Con qué frecuencia se la paga ___ Semanal ___ Dos veces al mes ___ Cada dos semanas (bimensual) ___ Anualmente

Para todos en su hogar, por favor indique el ingreso bruto (antes de impuestos) basado en la definición de ingreso antes mencionada. (Mostrar frecuencia, por ejemplo: /semana, /mes, /año).

Salario	Ayuda Pública
Seguro Social/SSI	Ingreso de renta
Desempleo	Ingreso de interés
Compensación por discapacidad/ Compensación a trabajadores	Sustento de menores/pensión alimenticia
Pensión/Jubilación	Asistencia Educativa
Trabajo por Cuenta Propia (Formas de Impuestos requerido)	Otro/ especifique

Yo declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También entiendo que si mi ingreso debe cambiar, tengo la obligación de notificar a MVHC en mi próxima cita al centro de salud. Entiendo que dar información falsa resultará en la denegación de los beneficios de descuento, que seré responsable de la tarifa completa y que ya no seré elegible para el Programa de Escala de Descuento.

Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only

Chart # _____ Application received by _____ Date _____
Site Manager Approval (if applicable) _____ Eligibility Expires: 12/31/2018

Aviso de No Discriminación

Mountain Valleys Health Centers (MVHC) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Servicios de Traducción

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Por favor, háganos saber cuándo haga la cita que se necesita ayuda con el idioma.

注意：如果您说中文，您可以免费获得语言协助服务。请在预约时告知我们您需要语言协助