

## Aplicación de Asistencia Financiera Confidencial

|   |
|---|
| <b>Nombre de Paciente:</b>                                |
| <b>Dirección:</b>   |
| <b>Ciudad, Estado, Código Postal:</b>                     |
| <b>Teléfono (un círculo): Casa/ Movil/ Trabajo/ Otra:</b> |
| <b>Fecha de Nacimiento:</b>                               |
| <b>Número de Seguro Social:</b>                           |

Es necesario que hagamos preguntas personales para darle un descuento en nuestros gastos médicos. Esta información será archivada en nuestro centro con estricta confidencialidad. Su ingreso anual del hogar se utilizará para calcular el nivel de su pago.

|   |   |
|---|---|
| <b>Número de personas que viven en su hogar?</b>  |   |
| <b>Le gustaría obtener información adicional sobre el intercambio de seguro de salud?</b> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Tiene Medicaid?</b>  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Tiene Medicare?</b>  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Tiene Asistencia de los Veteranos (VA)?</b>  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <b>Tiene Seguro Medico?</b>   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

**¿Está aplicando para el programa de asistencia (OBO) relacionada con el embarazo?**  Sí  No

**¿Está solicitando asistencia integral relacionada con la salud para servicios como la acupuntura, el ahuecamiento, etc.?**  Sí  No

**Cuál es tu estado civil?**  Soltero  Casado  Viudo  Divorciado  Separado

**¿Usted es ciudadana Estadounidense?**  Sí  No **Lugar de nacimiento (Estado o país):**

**¿Usted es residente permanente?**  Sí  No **# de tarjeta de Residencia:** **Fecha de emisión:**

El ingreso bruto anual **antes de impuestos** debe incluir todas las fuentes de ingresos. (salarios, seguro social, desempleo, ingreso de bienes, pensiones, manutención de los hijos) **Si usted no tiene ingresos, por favor iniciales aquí.** (Formas adicionales tendrá que llenar.)

|           |                 |                  |    |        |                                    |                                  |                                  |  |                                    |                                  |
|-----------|-----------------|------------------|----|--------|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--|------------------------------------|----------------------------------|
| Empleador | Fecha de Inicio | Horas/<br>Semana | \$ | pagado | <input type="checkbox"/> cada hora | <input type="checkbox"/> Salario | <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> cada 2<br>semanas | <input type="checkbox"/> Bimensual | <input type="checkbox"/> Mensual |
| Empleador | Fecha de Inicio | Horas/Se<br>mana | \$ | pagado | <input type="checkbox"/> cada hora | <input type="checkbox"/> Salario | <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> cada 2<br>semanas | <input type="checkbox"/> Bimensual | <input type="checkbox"/> Mensual |
| Empleador | Fecha de Inicio | Horas/Se<br>mana | \$ | pagado | <input type="checkbox"/> cada hora | <input type="checkbox"/> Salario | <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> cada 2<br>semanas | <input type="checkbox"/> Bimensual | <input type="checkbox"/> Mensual |
| Empleador | Fecha de Inicio | Horas/Se<br>mana | \$ | pagado | <input type="checkbox"/> cada hora | <input type="checkbox"/> Salario | <input type="checkbox"/> Semanal | <input type="checkbox"/> cada 2<br>semanas | <input type="checkbox"/> Bimensual | <input type="checkbox"/> Mensual |

**¿Recibe algún ingreso de cualquiera de las siguientes fuentes, y si es así, ¿cuánto por mes?**

| Fuentes  | Tú | Su esposa | Tus niños | Otra persona | Fuentes totales |
|--|----|-----------|-----------|--------------|-----------------|
| Seguridad Social/ Pensión                            |    |           |           |              |                 |
| Asistencia pública                                   |    |           |           |              |                 |
| Desempleo/ Compensación de trabajadores              |    |           |           |              |                 |
| Estampillas para Alimento                            |    |           |           |              |                 |
| Propiedades en alquiler                              |    |           |           |              |                 |
| Intereses  |    |           |           |              |                 |
| Manutención de Menores/ Pensión Alimenticia Recibida |    |           |           |              |                 |
| Otros ingresos (especificar)                         |    |           |           |              |                 |

**Porfavor Indique su cónyuge y / o cualquier dependiente de impuestos que vivan en el hogar. (Use una hoja de papel adicional si es necesario)**

| Nombre: | Fecha de Nacimiento: | Relación con el Paciente: |
|---------|----------------------|---------------------------|
| 1.      |                      |                           |
| 2.      |                      |                           |
| 3.      |                      |                           |
| 4.      |                      |                           |
| 5.      |                      |                           |
| 6.      |                      |                           |

1. Yo certifico que la información proporcionada aquí es verídica, completa y precisa.
2. Yo doy a Family Medicine Health Center permiso para compartir esta información con otras organizaciones, los otorgantes o proveedores (y sus auditores) que proporcionan servicios con descuento para mí a petición del Family Medicine Health Center. Ejemplos de tales organizaciones son Programa para Asistencia de Medicamentos para el Paciente, redes de referencia, laboratorios, servicios de imágenes médicas, o los médicos especialistas, etc.
3. Entiendo que proporcionar información falsa me puede excluir de descuentos en el Family Medicine Health Center. Me puede cobrar por cualquier descuento que he recibido con información falsa. Entiendo que debo proporcionar la verificación de los ingresos, la asistencia financiera, dependientes, estados de cuenta bancarios, pago de cupones para alimentos y declaraciones de impuestos si procede.
4. Entiendo que si me aprueban para el Programa de Asistencia Financiera, estará vigente durante 12 meses a partir de la fecha de aprobación. Notificaré de inmediato a Family Medicine Health Center si mi situación financiera cambia (es decir, cambio en el tamaño de la familia, cambio de empleo, nuevo empleo, calificación para otra asistencia, etc.). Si necesito ayuda después de 12 meses, entiendo que debo solicitar de nuevo el Programa Asistencia Financiera presentando una nueva aplicación con nuevos documentos de apoyo.

|   |               |
|---|---------------|
| <b>Paciente<sup>o</sup> / Guardián Firma:</b> | <b>Fecha:</b> |
|---|---------------|

**INSTRUCCIONES EN OTRO LADO**

## Instrucciones de Aplicación

1. Las aplicaciones pueden ser completadas y submitidas en <https://secure.fmridaho.org/portal/default.aspx>
2. Sólo use un lapicero de **tinta azul oscuro o negro** al rellenar la aplicación.
3. Llene la aplicación por completo y regrese toda la documentación dentro de **10 días** a Family Medicine Health Center.

Usted puede dejar esta aplicación en cualquiera de nuestras clínicas, así como por correo o por fax a: **#208-322-7018**

**Family Medicine Health Center**  
**Financial Assistance Coordinator**  
**777 N Raymond St, Boise, ID 83704**

4. Si un campo y / o una sección no aplica a usted, apunte "N / A". Las aplicaciones incompletas no se procesarán hasta que se haya proporcionado toda la información necesaria para procesar la aplicación.
5. Los descuentos serán basados en el ingreso de familia/hogar y en el tamaño de familia.

**La familia es definida como:**

- a. **Definición de familia es limitada a cónyuge y / o dependientes ("hijo calificado" o "pariente calificado") según las definiciones del IRS en el Título 26, Sección 151-152 del código tributario. (Cualquier persona que usted incluya en sus taxes)**

6. Si tiene preguntas, comuníquese con nuestra Coordinadora de Asistencia Financiera al **208-514-2500 ext. 3465**

**Copias de los documentos que se deben entregar con la aplicación incluyen :**

1. Una copia valida de tarjeta de identification o licencia de conducir.
2. Si está solicitando asistencia relacionada con el embarazo (OBO), las solicitantes que podrían ser elegibles para aplicar para Medicaid deben proporcionar una carta indicando que se le negó el medicaid.
3. Una copia de cualquier y todos los ingresos recibidos por todos los miembros del hogar (ambos adultos y niños) tendrá que ser revelada y verificada en la aplicación. *Ver tabla abajo.*
4. Para todos los adultos en el hogar que no estan trabajando se necesitara una carta explicando porque no tienen empleo.

| ✓ | Tipo de Ingreso  | Verificación Necesaria  |
|---|--|---|
|   | Sin Ingresos   | Firme el formulario llamado ""AUTODECLARACIÓN DE LOS INGRESOS DEL HOGAR" y la(s) persona(s) quien le este proporcionando asistencia tendrá(n) que llenar el formulario llamado "DECLARACIÓN DE CONTRIBUCION SUPLEMENTARIA"  |
|   | Ingresos de Empleo   | Copia de salario/talones de cheque de los últimos 30 días o una carta escrita por su empleador indicando su salario/pago por hora y las horas por semana esperadas de trabajo.  |
|   | Ingresos de Empleo Propio (trabajadores por cuenta propia)                             | Declaración de Ganancias y Pérdidas de los últimos 3 meses y los impuestos del año mas reciente.  |
|   | Compensación por Desempleo   | Beneficios de desempleo en la forma de una determinación de elegibilidad o un resumen de pago de beneficios (se debe ver la cantidad de beneficio restante o semanas restantes del beneficio)   |
|   | Compensación del Trabajador  | Beneficios de compensación del trabajador en la forma de determinación de elegibilidad o resumen de pago de beneficios  |
|   | Seguro Social  | Estado de cuenta bancaria o carta de determinación de seguro social de los últimos 30 días  |
|   | Seguridad de Ingreso Suplementario   | Estado de cuenta bancaria o carta de determinación de seguro social de los últimos 30 días  |
|   | Asistencia Pública   | Estado de cuenta bancaria o carta de determinación de los últimos 30 días   |
|   | Pagos de Veteranos   | Declaración bancaria o carta de determinación de pagos de veteranos de los últimos 30 días  |
|   | Beneficios del Superviviente   | Estado de cuenta bancaria o carta de determinación de beneficios de sobreviviente de los últimos 30 días  |
|   | Pensiones o Ingresos de Jubilación   | Estado de cuenta bancaria o estado de cuenta de Pensión o Retiro de los últimos 30 días   |
|   | Fondos de Ahorros o Cuenta de Cheques  | Estado de cuenta de los últimos 30 días   |
|   | Intereses y / o Dividendos   | Estado de cuenta bancario o la declaración de interés de los últimos 30 días  |
|   | Renta, Regalias, Fideicomisos  | Estado de cuenta de los últimos 30 días   |
|   | Ingresos de Propiedades  | Estado de cuenta de los últimos 30 días   |
|   | Asistencia Educativa( Ayuda Financiera, Becas, Prestamos)                              | Declaración bancaria que demuestre el reembolso de depósito directo recibido de la escuela o hoja de información del préstamo/beca del estudiante. Esta hoja mostrará el total de préstamo(s) y / o beca(s) recibidas y los gastos de colegiatura para el semestre /año actual. |
|   | Pensión alimenticia  | Estado de cuenta de los últimos 30 días   |
|   | Manutención de los hijos   | Historia de manutención de los hijos del "Department of Health and Welfare" ( <i>Departamento de Salud y Bienestar</i> ) de los últimos 5 pagos aun que no se halla recibido pago.  |
|   | Asistencia de fuera del hogar o de fuentes diversas.                                   | Haga que la(s) persona(s) quien está proporcionando la asistencia llene la "DECLARACION DE CONTRIBUCION SUPLEMENTARIA"  |
|   | Beneficios no monetarios (estampillas de alimentos y subsidios de vivienda) no cuentan | No se necesita la verificación  |

**APLICACIÓN EN OTRO LADO**



## AUTODECLARACIÓN DE LOS INGRESOS FAMILIARES

Yo, \_\_\_\_\_ Entiendo que la cantidad cobrada por los servicios FMHC depende de mi ingreso familiar. Entiendo que el ingreso familiar incluye mis ingresos y los ingresos de todos los miembros de la familia que viven conmigo.

Entiendo que los "ingresos" incluye, pero no se limita a:

- pago o salarios
- propinas
- beneficios de desempleo
- beneficios de Seguro Social
- beneficios del Salud y Bienestar
- discapacidad, compensación al trabajador u otros pagos por una daño/herida o enfermedad
- retiro o beneficios de una pensión
- pensión alimenticia o pagos de mantención de niños
- seguros o anualidades pagadas a mí
- intereses o dividendos de cuentas de ahorros o inversiones
- Los ingresos de alquiler o de otros ingresos de un negocio
- Los ingresos por concepto de regalos, patentes, los juegos de azar, sorteos o premios de lotería
- herencias, donaciones y subvenciones

Entiendo que si los miembros de mi familia tienen alguno de estos tipos de ingresos, debo decirle al trabajador de elegibilidad de ellos e incluir el ingreso en la estimación. También entiendo que si proporciono información falsa voy a ser descalificado del Programa de descuento Asistencia Financiera del FMHC y todos los cargos se pagarán en su totalidad inmediatamente. Declaro que mi ingreso estimado anual para el hogar es \$\_\_\_\_\_.

AL FIRMAR ESTA FORMA, YO CERTIFICO BAJO PENA DE PERJURIO BAJO LAS LEYES DEL ESTADO DE IDAHO QUE LA INFORMACIÓN ESTOY PROPORCIONANDO ES VERDADERA Y CORRECTA.

Nombre del Solicitante/Guardián (impreso): \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante/Guardián: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





## Declaración de Contribución Suplementario Para los Programas de Asistencia Financiera FMHC

**Este formulario debe ser COMPLETADO y FIRMADO por la persona que ayuda al solicitante. Se requieren Declaraciones Contribución Suplementarios adicionales para cada individuo que proporciona asistencia al solicitante.**

Nombre completo del Solicitante: \_\_\_\_\_ # Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Le proporciono el Solicitante un lugar para vivir, sin costo alguno para el solicitante, que está valorado en \$ \_\_\_\_\_ por mes.

**\*\*\* Tenga en cuenta, que el valor de la vivienda debe reflejar el valor justo en el mercado por el espacio proporcionado al solicitante.**

Le proporciona el Solicitante con la asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se utilizará aplicada a los gastos de vivienda por la cantidad mensual de \$ \_\_\_\_\_.

**\*\*\* Tenga en cuenta, que el valor de la vivienda debe reflejar el valor justo en el mercado por el espacio proporcionado al solicitante.**

Proporciono alimentos o asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los gastos de comestibles en la cantidad mensual de \$ \_\_\_\_\_.

Proporciono pagos del coche o la asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los pagos del coche en la cantidad mensual de \$ \_\_\_\_\_.

Proporciono pagos con tarjeta de crédito o asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los pagos de tarjeta de crédito en la cantidad mensual de \$ \_\_\_\_\_.

Proporciono pagos de servicios públicos o la asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los pagos de servicios públicos mensuales de la siguiente manera;

Electricidad: \$ \_\_\_\_\_ Gas: \$ \_\_\_\_\_ Agua: \$ \_\_\_\_\_ Basura: \$ \_\_\_\_\_ Alcantarilla: \$ \_\_\_\_\_

Proporciono pagos telefónicos o asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los pagos de teléfono en la cantidad mensual de \$ \_\_\_\_\_.

Proporciono los pagos de atención médica o asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los pagos de el cuidado de salud en la siguiente manera;

Hospital: \$ \_\_\_\_\_ Dental: \$ \_\_\_\_\_ Prescripción: \$ \_\_\_\_\_ Atención Primaria: \$ \_\_\_\_\_



FAMILY MEDICINE HEALTH CENTER

- Proporciono asistencia miscelánea financiera (efectivo, cheque, etc.) a la solicitante en la cantidad mensual de \$ \_\_\_\_\_.
- Ofrezco artículos de higiene personal o asistencia financiera (efectivo, cheque, etc.) que se aplicará a los elementos de higiene personal en la cantidad mensual de \$ \_\_\_\_\_.
- Yo Proveo \_\_\_\_\_ o ayuda financiera (efectivo, cheque, etc.) para ser aplicado a \_\_\_\_\_ por la cantidad mensual de \$ \_\_\_\_\_.

Por la presente certifico que la información que aparece arriba es verdadera y correcta. Yo entiendo que el Solicitante está solicitando ayuda financiera a través del Programa de Asistencia Financiera FMHC y que la información falsificada podría tener consecuencias financieras para el Solicitante incluyendo la terminación de la ayuda financiera anterior y del futuro.

Nombre Impreso: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Relación con el Solicitante: \_\_\_\_\_