



**Formulario de Elegibilidad
Para el Programa de Descuento**

Fecha de Hoy: _____

Nombre completo del solicitante:	FDN:
Nombre completo del paciente (si diferente al anterior):	FDN:
Dirección:	SS#
Ciudad/Estado/Código Postal:	MRN:
Número de teléfono:	

Es necesario que hagamos preguntas personales para determinar su elegibilidad para un descuento en nuestros gastos médicos, dentales y de salud mental. Esta información se guardará en nuestro centro con estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos una vez al año.

Necesitamos una copia de su declaración anual de impuestos, un mes de talones de cheque, la carta de beneficios del seguro social y/o otra prueba de ingresos de su empleador. **No aceptamos cartas manuscritas, salvo que sean de su empleador con declaración de pagos mensuales pagados por su empleador.** Sus ingresos anuales se utilizarán para calcular el nivel de descuento. El proceso de solicitud puede durar hasta un mes para completarse. Si no se proporciona toda la documentación, su solicitud será denegada. Puede que reciba un estado de cuenta mientras su solicitud se está tramitando; una vez que la solicitud sea tramitada y califique para un descuento, recibirá un estado de cuenta actualizado.

Estado civil (circule uno): Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

Arreglo de vivienda (circule uno): Dueño(a) de casa Alquilar Vive con alguien Sin hogar

¿Tiene algún tipo de seguro médico que cubra la totalidad o parte de sus gastos médicos? (circule uno) **Si** (enliste abajo) **No**

Nombre de seguro médico: _____

Tamaño del hogar: _____

Nombre	FDN	Relación al solicitante	Empleado Si/No

Ingresos del hogar

	Monto	Frecuencia (circule uno)	Empleador
Tú		Semanal / Quincenal / Mensual / Anual	
Esposo(a)		Semanal / Quincenal / Mensual / Anual	
Hijos (as)		Semanal / Quincenal / Mensual / Anual	
Otro		Semanal / Quincenal / Mensual / Anual	

Otras fuentes de ingresos	Tú	Esposo(a)	Hijos(as)	Otro	Monto total
Desempleo					
Seguro Social					
Asistencia Pública					
Pensión de jubilación					
Ingresos por alquiler					
Manutención de hijos					
Manutención					
Otro (especificar)					

Declaro que la información anterior es cierta y he dado permiso al Gerald L Ignace Indian Health Center, Inc. para investigar cualquier información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que si mis ingresos cambiaran, notificaré a la clínica. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad y que mi solicitud se conservará durante 12 meses desde la fecha de la solicitud.

Firma: _____

Fecha: _____