



Programa de Escala de Descuento Aplicación de Membresía

Miembros del Hogar

Número total de personas de su hogar con las que comparte gastos, incluido usted mismo, su cónyuge, novio, novia, pareja, otros miembros de la familia y todos los niños a su cargo. _____

Enliste a **TODOS** los miembros de la unidad del hogar. Añada papel adicional si es necesario.

Nombre Legal	Relacion	Fecha de Nac.	Empleado
	Ud. mismo		S/N
			S/N
			S/N
			S/N
			S/N
			S/N

Ingreso

Enliste a todas las personas de su hogar que trabajan.

Nombre	Empleador	Ingresos mensuales brutos antes de impuestos

Enliste cualquier otro ingreso mensual del hogar, incluidas las prestaciones SSI, TANF y SS por defunción.

Seguro Social	\$.	Accidentes de trabajo y discapacidad	\$.	Autoempleo	\$.
Beneficios de veteranos	\$.	Ingresos por intereses/Dividendos	\$.	TANF	\$.
Desempleo	\$.	Ingresos por alquiler/inversion	\$.	Otros Ingresos	\$.

Desempleo o Sin Ingresos

Por favor, **PONGA SUS INICIALES** si actualmente está desempleado o no tiene ingresos. Al poner sus iniciales usted está documentando que tiene cero o no tiene ingresos. Para asistir en la documentación de cero o ningún ingreso, entiendo que Community Health Partners (One Health) puede ejecutar una verificación de crédito suave. Los resultados de esta verificación de crédito no afectarán su calificación crediticia. Ayudará a determinar si cumpla los requisitos para el Programa de E.D. Si indica que no tiene ingresos, se le concederá inicialmente una aprobación de 30 días.

Desempleo		No Ingresos	
-----------	--	-------------	--

Acuerdo y Firma

Toda la información en este formulario es una declaración verdadera de ingresos en el momento de mi firma. Entiendo que si califico como miembro de la Escala de Descuento, cualquier declaración falsa, omisión u otra falsedad hecha por mí en esta solicitud puede resultar en mi despido inmediato de la atención. Entiendo que Community Health Partners (One Health) es una organización financiada por el gobierno federal y que esta autodeclaración está sujeta a auditoría. Estoy de acuerdo en reportar cualquier cambio dentro de 30 días. **Las determinaciones iniciales SÓLO son válidas durante 30 días a partir de la fecha de aceptación sin documentación de respaldo de los montos de ingresos. Para extenderla a un año, debe presentarse documentación de ingresos.**

Firma	Fecha
Domicilio	No. de Telefono

Sliding Fee Discount Program Membership Application

Internal Use ONLY:

	Date	Initials
Application Received		
Documents Received		
Incomplete-Request for Documents sent		
Completed		

Income

Source	Frequency	Amount	Annual
Total			
Family Size			

Slide Category

	Category	Begin Date	End Date
One Health Slide			
Preliminary (Temp) Slide			
Family Planning Slide			

DO NOT require proof of income for Family Planning services slide but can request. DO NOT consider Social Security disbursements, child support, food stamps, TANF, SSI for Family Planning services slide.

No Income – Soft credit check

Results	Date	Initials

Complete

	Date	Initials
Entered in EHR		
Entered in Dental EHR		
Letter to Patient		

Additional notes