

Cómo funciona el programa para recibir el descuento y hacer un pago basado en sus ingresos

Erie es parte de un programa nacional que nos permite darle a nuestros pacientes descuento en el costo de las consultas médicas, dentales y de salud mental. Para saber si usted califica para recibir este descuento, usted debe llenar y firmar este formulario.

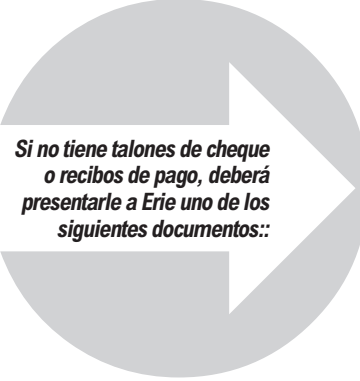
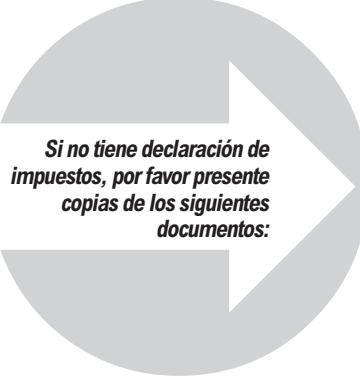
Erie le va a preguntar:

- Cuántas personas de su familia actualmente viven con usted; incluyendo a su cónyuge o pareja; padres o suegros; y menores de edad que dependen económicamente de usted y
- Cuánto dinero gana cada miembro de la familia

Posiblemente pueda usar su descuento para pagar los deducibles de su seguro o de medicare, servicios no cubiertos por su seguro y los co-pagos de su seguro. En la recepción le podemos informar qué tipo de descuento usted puede calificar y le podemos ayudar a llenar esta solicitud.

Para verificar sus ingresos

Para poder participar en el programa usted necesita presentar comprobantes del ingreso total de cada miembro de su familia que actualmente viven con usted. Para calcular el total de los ingresos de la familia, usted necesita presentar los talones de cheques o recibos de pago de cada uno de los miembros de la familia quienes viven con usted y la declaración de impuestos o uno de los otros comprobantes que se describen a continuación.*

<p>1. Talones de cheques o recibos de pago</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si recibe pago semanal, los cuatro (4) talones de cheque más recientes; • Si recibe pago cada dos semanas, los dos (2) talones de cheque más recientes. <p>Los talones de cheques o recibos de pago para usted y los miembros de su familia deberán mostrar los periodos de pago más recientes de los últimos 30 días.</p>	 <p><i>Si no tiene talones de cheque o recibos de pago, deberá presentarle a Erie uno de los siguientes documentos::</i></p>	<p>Carta del patrón, empresa o compañía donde trabaja si a usted o a alguien que vive con usted le pagan en efectivo. La carta del patrón o de la empresa o compañía deberá indicar su salario o sueldo actual y el número total de horas que trabajó usted. La carta deberá estar en papel membretado de la empresa, compañía o del patrón con quien trabaja.</p> <p>O</p> <p>Carta notariada que verifique sus ingresos y explique de qué manera se sostiene económicamente si los demás documentos que ha presentado no detallan completamente sus situación económica.</p>
Y			
<p>2. Declaración de Impuestos</p>	<p>La declaración más reciente de sus impuestos federales (Uno de los siguientes documentos):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formulario 1040 - Formulario 1040 EZ - Formulario 1040 A 	 <p><i>Si no tiene declaración de impuestos, por favor presente copias de los siguientes documentos:</i></p>	<p>Ingresos por concepto de:</p> <ul style="list-style-type: none"> Ingresos de seguro social compensación por desempleo Ingresos por empresa propia Ingresos por dividendos Ingresos de pensión o jubilación Ingresos por discapacidad Ingresos pensión alimenticia Ingresos por renta o derechos de autor Ingresos por intereses

*Para que lo atiendan a usted en uno de los hospitales asociados con Erie, deberá también mostrarnos los saldos más actuales de sus cuentas de cheques, ahorros y cooperativa de crédito

Paso 1: Información del paciente

Apellido _____ Nombre _____ Segundo nombre _____

Dirección _____ Apto: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono de casa _____ Teléfono celular _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de seguro social _____

¿Es usted: Soltero/a Casado/a con pareja Viudo/a Divorciado/a Separado/a

Tamaño de la familia: Número en total de personas que viven en su casa: _____ (menores de edad que dependen de usted económicamente, cónyuge/pareja, padres o suegros)

¿Tiene usted trabajo actualmente? SI NO ¿Su cónyuge o pareja tiene trabajo actualmente? SI NO

¿Alguno de los miembros de su familia que viven con usted tiene trabajo actualmente? SI NO

¿Participa usted o podría cumplir con los requisitos para participar en uno de los siguientes programas de seguro médico, incluyendo seguros en el extranjero, seguros a través del programa de Obamacare, beneficios para veteranos, Medicaid o Medicare? SI NO

Si contestó que sí, por favor indique la siguiente información:

A nombre de quién está la póliza: _____ Compañía del seguro médico: _____ Número de la póliza: _____

Si está divorciado/a o separado(a), ¿su ex-cónyuge o ex-pareja es responsable de cubrir económicamente los servicios médicos? SI NO

Paso 2: Miembros de la familia en casa y sus ingresos (Niños menores, esposo/a, Pareja, Padres o suegros)

Nombre del familiar o paciente:	Relación/parentesco con el paciente:	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Número de Seguro Social	Ingreso mensual (Talones o recibos de cheques de pago)	¿Es estudiante? (Sí/No)	Ingresos estacionales
1				\$		\$
2				\$		\$
3				\$		\$
4				\$		\$
5				\$		\$
6				\$		\$
7				\$		\$
8				\$		\$

** Se deben presentar comprobantes debidos de los ingresos de cada miembro de la familia que vive en la casa del paciente.

Paso 3: Ingresos familiares (Únicamente se deberá llenar la información si no presentó declaración de los impuestos)

Llene esta sección **UNICAMENTE** si no puede presentar o no ha presentado todavía la declaración de impuestos del año anterior más reciente

Ingresos por concepto de:

Ingresos de seguro social	\$ _____	Ingresos por discapacidad	\$ _____
compensación por desempleo	\$ _____	Ingresos pensión alimenticia	\$ _____
Ingresos por empresa propia	\$ _____	Ingresos por renta o derechos de autor	\$ _____
Ingresos por dividendos	\$ _____	Ingresos por intereses	\$ _____
Ingresos de pensión o jubilación	\$ _____		

El/La solicitante debe presentar documentos validando cada tipo de ingreso indicado anteriormente.

Paso 4: Activos

Cuentas bancarias/Inversiones: Por favor indique el saldo actual en cada uno de los siguientes. Si no tiene una cuenta que se indica a continuación, por favor escribe "N/A" en el espacio en blanco.

Cuenta de cheques/Cuenta corriente	\$ _____	Cuenta de ahorros	\$ _____
Certificados de Depósito	\$ _____	Acciones/Fondos de inversión	\$ _____

El/la solicitante debe presentar documentos de los saldos para cada cuenta que indicó que tiene.

Paso 5: Certificación

Afirmo que todo lo que he escrito en este formulario es la verdad y es correcto en la medida que yo sepa. Entiendo que el Centro de Salud Erie tendrá que verificar que lo que he indicado en este formulario es la verdad. Autorizo al Centro de Salud Erie que se comunique con terceros para verificar que la información sea correcta. Entiendo que si indiqué cualquier dato en este formulario que no sea la verdad, no podré obtener ayuda financiera, cualquier ayuda financiera que se me haya dado anteriormente podría ser negada y tendría que pagar los costos completos de los servicios ya descontados.

Nombre del paciente/solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente/solicitante: _____ Fecha: _____

Deberá ser llenado por el miembro del personal del Centro de Salud Erie

Marque en el cuadro si obtuvo y verificó

- Identificación aceptable para cada miembro de la familia indicado en el formulario SFS
- Todos los nombres y las fechas de nacimiento de los miembros de la familia indicados en el formulario SFS
- Obtuve verificación aceptable de los ingresos
 - Declaración de impuestos actual
 - Talones de cheque o recibos de pago en los últimos 30 días
 - Carta de la compañía documentando ingresos anuales
 - Cartas o documentos oficiales

Firma del miembro del personal de Erie

Fecha

Nombre en letra de molde