

## Cómo funciona el programa de descuento de acuerdo a sus ingresos

Erie es parte de un programa nacional que nos permite hacer un descuento a nuestro pacientes en sus consultas médicas, dentales y de salud mental. Usted necesita proporcionar información y completar esta aplicación, para ver si usted puede obtener este descuento.

Erie le pedirá la siguiente información:

- Cuánto dinero gana cada miembro de su familia?
- Cuantos miembros de la familia viven con usted incluyendo: esposo/a, pareja, niños, e individuos que usted reclama y se muestran es su declaración de impuestos?

Documentos para Prueba de Identidad	
• Identificación del estado	• Identificación de la escuela
• Licencia de manejo	• Identificación similar del país de origen
• Pasaporte	

Tamaño de la familia	
• Esposo/a	• Otros dependientes que reclame y se muestren en su declaración de impuestos
• Niños	
• Estudiantes de hasta 26 años de edad	

Usted podría usar su descuento para los deducibles de su seguro médico o Medicare, servicios que no son cubiertos y copagos. Nosotros le informaremos que descuentos puede obtener cuando se registre y complete la aplicación en la recepción si es que la necesita.

## Demostrando cuánto dinero gana usted

Para ser parte de este programa usted debe proporcionarnos comprobantes del total de los ingresos, de todos los miembros de la familia que viven con usted antes de impuestos (también conocidos como **ingresos brutos**).

Para poder averiguar el ingreso total de su familia, usted necesita presentar comprobantes de ingresos de todos los que viven con usted.\*

Comprobantes de ingresos		
<p><b>Uno de los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Talones de cheques de un mes</li> <li>• Declaración de impuestos (1040, 1040A, 1040EZ)</li> <li>• W2s (si no ha completado sus impuestos)</li> <li>• Carta de desempleo</li> </ul> <p style="text-align: center;">- Y -</p> <p><b>Si usted recibe los siguientes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ingresos por alquiler/renta</li> <li>Pensión alimenticia</li> </ul>	 <p><i>Si usted no tiene talones de cheques, entonces usted puede traer una de las siguientes cartas:</i></p>	<p><b>Una carta de su empleador</b> si usted o alguien en su casa se le paga en efectivo. La carta del empleador debe de tener su salario actual y el total de horas que trabajo. La carta debe tener el membrete del empleador y estar notariada.</p> <p style="text-align: center;">- O -</p> <p><b>Autoevaluación /carta notariada</b> explicando cómo se mantiene financieramente, si ninguno de los documentos explican su actual situación financiera.</p>

\*Para que Erie lo mande a uno de los hospitales asociados usted tendrá que proveer documentación adicional al hospital.

**Nombre del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Número de Identificación del paciente:** \_\_\_\_\_

Por favor complete la siguiente:

¿Tiene usted trabajo actualmente?  Sí  No      ¿Su cónyuge o pareja tiene trabajo actualmente?  Sí  No

¿Alguno de los miembros de su familia que viven con usted tienen trabajo actualmente?  Sí  No

**Miembros de la familia en casa y sus ingresos\*\*** (otros dependientes que están en su declaración de impuestos, niños, esposo/a, pareja)

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

\*\*Cada miembro de la familia debe presentar comprobantes de ingresos.

## Certificación

Yo prometo que todo lo que he escrito en este formulario es cierto y verdadero dentro de mi conocimiento. Entiendo que los Centros de Salud Erie pueden confirmar lo que he dicho en este formulario, y autorizo a los Centros de Salud Erie que contacten a terceras personas para asegurarse que la información es correcta. Yo estoy de acuerdo en actualizar mi información cada vez que cambie o cada año, y autorizo auditorías internas periódicas hechas por EFHC/Voluntarios y sus compañeros. Si la información que he proporcionado no es verdadera en este formulario, yo no podré recibir ayuda financiera, cualquier ayuda financiera puede ser revocada, y yo tendré que rembolsar cualquier dinero a Erie.

Nombre en letra de molde del paciente/solicitante: \_\_\_\_\_

Firma del paciente/solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_