

## CLINICAS DEL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE MONTEREY

Seaside Family Health \_\_\_\_\_ Monterey County Clinic at Marina \_\_\_\_\_ Alisal Health Clinic \_\_\_\_\_ Public Health Clinics \_\_\_\_\_  
**Laurel Clinics:** Laurel Vista \_\_\_\_\_ Family Practice \_\_\_\_\_ Pediatric Clinic \_\_\_\_\_ Internal Medicine Clinic \_\_\_\_\_

### APLICACION PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS REDUCIDAS

\*\*\*\*\* Comprobantes de ingresos necesitan que estar incluido con esta forma \*\*\*\*\*

**Favor de leer y llenar esta forma completo. Conteste todas las preguntas y firme la declaración atrás de esta página. \*Aplicaciones incompletas serán negadas o mandadas para tras\***

NOMBRE DE PACIENTE ↓	FECHA DE NACIMIENTO ↓	SEGURO SOCIAL ↓	TELEFONO ↓

DOMICILIO ↓	CIUDAD ↓	ZONA POSTAL ↓

DOMICILIO DE CORRESPONDECIA (si diferente que domicilio) ↓	CIUDAD ↓	ZONA POSTAL ↓

¿Empresario del \*Paciente o tipo de ingreso o persona que te mantiene?: \_\_\_\_\_  
 ¿El \*Paciente es ciudadano o residente legal de los Estados Unidos? Sí \_\_\_ o No \_\_\_

Miembros de la familia del Paciente que viven en el hogar: ↓	Fecha de Nacimiento	Relación al paciente ↓	Empresario o Tipo de Ingreso o Nombre de la Escuela de su hijos que asisten

¿Cuál es el ingreso total en bruto por mes o año de su familia? \_\_\_\_\_ mes / año

¿Cuánto paga de renta o hipoteca al mes? \_\_\_\_\_ renta / hipoteca

¿Tiene seguro medico? \_\_\_\_\_ ¿Si tiene, con quien? \_\_\_\_\_

**Comprobantes de ingresos de la familia (de un mes) deben estar adjunto a esta forma.** Y deben ser proporcionados al centro de salud dentro de 30 días de la fecha de servicio para poder obtener un descuento. Los descuentos son válidos por 1 año, y deberán ser renovados después de ese periodo de tiempo para mantener su nivel de descuento. (No aceptamos carta de sostenimiento.) Pruebas de ingresos pueden ser:

- Copia de declaración de impuestos, los más reciente (Income Tax: forma 1040 pagina 1 y 2) o W-2 de cada persona que trabaja
- Copias de talones de cheque de un mes (últimos 30 días).
- Cheque de Mantenimiento de hijos/matrimonio (ordenado por corte) menos de 30 días.
- Talones de cheque de Compensación de Trabajadores, desempleo, seguro social o Pensión
- Letra de confirmación del Seguro Social o verificación de depósito directo.
- Carta firmada del empleador (sí le pagan en efectivo)
- Carta de Asistencia del Estado (ayuda monitoria)
- Si alguien mantiene a usted el paciente, necesitamos comprobantes de ingresos de esa persona.

Over →

Toda la información que usted sirve es confidencial y esta es un programa voluntaria.

Residentes viviendo bajo los reglamentos de un patrocinador no son elegibles a este programa. El patrocinador del paciente es responsable para todos los cargos médicos del paciente.

Adultos que viven en los Estados Unidos o son residentes legales, de 21 a 64 años de edad que tienen ingresos que entre o abajo de 138% de las pautas de federales de pobreza están presumidos de ser elegible para Medi-Cal bajo de la programa “Affordable Care Act (ACA)” y son apoyados a aplicar al Departamento de Servicios Sociales y Empleo.

### DECLARACION

Yo entiendo que los servicios médicos que estoy recibiendo hoy, serán cobrados al 100% del costo. Yo entiendo que el total de los ingresos de la familia y el tamaño de la familia van a determinar el descuento, si soy elegible. (Las Pautas Federales determinaran si elegible y cuanto descuento tendrá)

*Yo entiendo que ciertos servicios, procedimientos, o vacunas son limitados y no podrán ser cubiertas debajo de este programa. (Visitas de vacunas solamente o de responsabilidad de terceros partidos, etc. no son cubiertos.)*

**Si yo proporciono a la clínica comprobante de que los ingresos de mi familia (aplicate, conyugue, pareja, los padres del paciente, o la persona que mantiene el paciente) y los ingresos están dentro de las pautas para tarifas reducidas, los honorarios de servicios serán reducidos.**

**Yo certifico bajo pena de la ley que la información obtenida en esta forma es correcta.**

\_\_\_\_\_  
**Paciente o Persona Responsable**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Aplicaciones pueden ser mandados a la oficina de negocios a:

Atención: SSDF Program,  
Clinic Services Division,  
1615 Bunker Hill Way, Ste.100,  
Salinas, CA 93906

*Para Uso de Oficina Solamente*

Approved: _____ Denied: _____ (date) _____ Reason: _____ By: _____ DISCOUNT: _____				
Application Received: ____/____/____	Approved: ____/____/____	By: _____	CARD # _____	