

APLICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA CONFIDENCIAL

Nombre de Paciente:		Es necesario que hagamos preguntas personales para darle un descuento en nuestros gastos médicos. Esta información será archivada en nuestro centro con estricta confidencialidad. Su ingreso anual del hogar se utilizará para calcular el nivel de su pago.										
Dirección:												
Ciudad, Estado, Código Postal:												
Teléfono (un círculo): Casa/ Movil/ Trabajo/ Otra:												
Fecha de Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino											
Número de Seguro Social:		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Tiene Medicaid?</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tiene Medicare?</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tiene Asistencia de los Veteranos (VA)?</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Tiene Seguro Medico?</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Le gustaría obtener información adicional sobre el intercambio de seguro de salud?</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>	Tiene Medicaid?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene Medicare?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene Asistencia de los Veteranos (VA)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tiene Seguro Medico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Le gustaría obtener información adicional sobre el intercambio de seguro de salud?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Tiene Medicaid?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No											
Tiene Medicare?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No											
Tiene Asistencia de los Veteranos (VA)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No											
Tiene Seguro Medico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No											
Le gustaría obtener información adicional sobre el intercambio de seguro de salud?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No											

Número de personas que viven en su hogar?	¿Está aplicando para el programa de asistencia (OBO) relacionada con el embarazo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Está solicitando asistencia para servicios no cubiertos excluidos de su plan de seguro médico?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Favor incluya todos los miembros del hogar que estan trabajando y toda la informacion actual del trabajo. Si usted no tiene ingresos, por favor iniciales aquí. (Tendra que llenar formas adicionales.)

#	Empleador	Fecha de Inicio	Horas/ Semana	Pago por hora/ Salario	<input type="checkbox"/> Cada hora <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual
1	Nombre de la persona empleada				
2	Nombre de la persona empleada				
3	Nombre de la persona empleada				

¿Recibe algún ingreso de cualquiera de las siguientes fuentes, y si es así, ¿cuánto por mes?

Fuentes	Usted	Su esposa	Sus niños	Otra persona	Fuentes totales
Seguridad Social/ Pensión	\$	\$	\$	\$	\$
Desempleo/ Compensación de trabajadores	\$	\$	\$	\$	\$
Propiedades en alquiler	\$	\$	\$	\$	\$
Manutención de Menores/ Pensión Conyugal	\$	\$	\$	\$	\$
Otros ingresos (especificar)Ex: Ingreso por Intereses	\$	\$	\$	\$	\$

Porfavor Indique su cónyuge, hijos y / o cualquier dependiente de impuestos que vivan en el hogar. (Use una hoja de papel adicional si es necesario). Una forma por family

Nombre #1:	Fecha de nacimiento:	Relación con el Paciente:
Nombre #2:	Fecha de nacimiento:	Relación con el Paciente:
Nombre #3:	Fecha de nacimiento:	Relación con el Paciente:
Nombre #4:	Fecha de nacimiento:	Relación con el Paciente:
Nombre #5:	Fecha de nacimiento:	Relación con el Paciente:
Nombre #6:	Fecha de nacimiento:	Relación con el Paciente:

1. Yo certifico que la información e identidad proporcionada aquí es verídica, completa y precisa.
2. Yo doy a Full Circle Health permiso para compartir esta información con otras organizaciones, los otorgantes o proveedores (y sus auditores) que proporcionan servicios con descuento para mí a petición del Full Circle Health. Ejemplos de tales organizaciones son Programa para Asistencia de Medicamentos para el Paciente, redes de referencia, laboratorios, servicios de imágenes médicas, o los médicos especialistas, etc.
3. Entiendo que proporcionar información falsa me puede excluir de descuentos en el Full Circle Health. Me puede cobrar por cualquier descuento que he recibido con información falsa. Entiendo que debo proporcionar la verificación de los ingresos, la asistencia financiera, dependientes, estados de cuenta bancarios, pago de cupones para alimentos y declaraciones de impuestos si procede.
4. Entiendo que si me aprueban para el Programa de Asistencia Financiera, estará vigente durante 12 meses a partir de la fecha de aprobación. Notificaré de inmediato a Full Circle Health si mi situación financiera cambia (es decir, cambio en el tamaño de la familia, cambio de empleo, nuevo empleo, calificación para otra asistencia, etc.). Si necesito ayuda después de 12 meses, entiendo que debo solicitar de nuevo el Programa Asistencia Financiera presentando una nueva aplicación con nuevos documentos de apoyo.

Paciente o/ Guardián Firma:	
Si no es el paciente cual es la relacion al paciente:	Fecha:

INSTRUCCIONES EN OTRO LADO

Instrucciones de Aplicacion

- Sólo use un lapicero de **tinta azul oscuro o negro** al rellenar la aplicación.
- Llene la aplicación por completo y regrese toda la documentación dentro de **10 días** a Full Circle Health. Usted puede dejar esta aplicación en cualquiera de nuestras clínicas, correo electrónico: Registration@FullCircleIdaho.org, o por fax #: **208-322-7018**, o enviada por correo postal a esta dirección:

Full Circle Health
Attn: Sliding Fee
777 N Raymond St
Boise, ID 83704

- Si un campo y / o una sección no aplica a usted, apunte "N/A". Las aplicaciones incompletas no se procesarán hasta que se haya proporcionado toda la información necesaria para procesar la aplicación.

- Los descuentos serán basados en el ingreso de familia/hogar y en el tamaño de familia.

La familia es definida como:

- Definición de familia es limitada a cónyuge y / o dependientes ("hijo calificado" o "pariente calificado") según las definiciones del IRS en el Título 26, Sección 151-152 del código tributario. *(Cualquier persona que usted incluya en sus taxes)*
 - Dos personas solteras que viven juntas y que actualmente comparten hijos menores se considerarán una unidad familiar incluso si no declaran impuestos juntas porque comparten gastos.
- Si tiene preguntas, comuníquese con nuestra Coordinadora de Asistencia Financiera al: **208-514-2515 ext. 3465**
 - Copias de los documentos que se deben entregar con la aplicación incluyen :**
 - Una copia de cualquier y todos los ingresos recibidos por todos los miembros del hogar (ambos adultos y niños) tendrá que ser revelada y verificada en la aplicación. *Ver tabla abajo.*
 - Para todos los adultos en el hogar que no están trabajando se necesitara una carta explicando porque no tienen empleo.

✓ Tipo de Ingreso	Verificación Necesaria
Sin Ingresos	Firme el formulario llamado "AUTODECLARACIÓN DE LOS INGRESOS DEL HOGAR" y una nota escrita sobre dónde/quién está recibiendo ayuda el paciente.
Ingresos de Empleo	Copia de salario/talones de cheque de los últimos 30 días o una carta escrita por su empleador indicando su salario/pago por hora y las horas por semana esperadas de trabajo
Ingresos de Empleo Propio (trabajadores por cuenta propia)	Una copia de sus impuestos mas recientes o una declaración de perdida y ganancias por los últimos 3 meses
Compensación por Desempleo	Beneficios de desempleo en la forma de una determinación de elegibilidad o un resumen de pago de beneficios (se debe ver la cantidad de beneficio restante o semanas restantes del beneficio)
Compensación del Trabajador	Beneficios de compensación del trabajador en la forma de determinación de elegibilidad o resumen de pago de beneficios
Seguro Social	Estado de cuenta bancaria o carta de determinación de seguro social de los últimos 30 días
Seguridad de Ingreso Suplementario	Estado de cuenta bancaria o carta de determinación de seguro social de los últimos 30 días
Pagos de Veteranos	Declaración bancaria o carta de determinación de pagos de veteranos de los últimos 30 días
Beneficios del Superviviente	Estado de cuenta bancaria o carta de determinación de beneficios de sobreviviente de los últimos 30 días
Pensiones o Ingresos de Jubilación	Estado de cuenta bancaria o estado de cuenta de Pensión o Retiro de los últimos 30 días
Fondos de Ahorros o Cuenta de Cheques	Estado de cuenta de los últimos 30 días
Renta, Regalías, Fideicomisos	Estado de cuenta de los últimos 30 días
Ingresos de Propiedades	Estado de cuenta de los últimos 30 días
Asistencia Educativa(Ayuda Financiera, Becas, Prestamos)	Declaración bancaria que demuestre el reembolso de depósito directo recibido de la escuela o hoja de información del préstamo/beca del estudiante. Esta hoja mostrará el total de préstamo(s) y / o beca(s) recibidas y los gastos de colegiatura para el semestre /año actual.
Pensión alimenticia	Estado de cuenta de los últimos 30 días
Manutención de los hijos	Historia de manutención de los hijos del "Department of Health and Welfare" (Departamento de Salud y Bienestar) de los últimos 5 pagos aun que no se halla recibido pago.

APLICACIÓN EN OTRO LADO