

Solicitud de Programa de Descuento con Tarifa Variable

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____
Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre

Como parte de la misión de KPCHC, garantizamos que ningún paciente sea denegado la atención por su capacidad de pago. KPCHC revisa **anualmente** los ingresos para determinar la elegibilidad para el descuento.

- En el momento del servicio, se debe pagar una tarifa nominal, y pueden aplicarse otros cargos que serían facturados.
- Las directrices de la subvención federal requieren que KPCHC agote a los pagadores externos (seguros) antes de solicitar descuentos.

Unidad económica: Por favor, enumere a todos los miembros de su hogar apoyados con los mismos ingresos.

	Nombre:	Fecha de nacimiento:	Relación:	Tiene seguro:
1.				Si No
2.				Si No
3.				Si No
4.				Si No
5.				Si No
6.				Si No

Por favor, ponga sus iniciales en una de las siguientes señales si le concierne: (Si ninguna de las siguientes declaraciones le corresponde, siga las instrucciones que se indican en la sección de Ingresos más abajo.)

_____ Al inicializar esta línea, declaro que mi hogar está recibiendo actualmente ayuda de uno o más de los siguientes programas y estoy presentando una carta de concesión actualizada. Entiendo que la participación en el programa se utilizará para ayudar a verificar los ingresos del hogar para la elegibilidad para el SPDTV y también proporciono mi ingreso total del hogar y el tamaño del hogar atestiguados. **Ejemplos de estos programas incluyen, pero no se limitan a:**

Medicaid de Kansas; SNAP; TANF; Programa de Trabajadores Agrícolas de Kansas; WIC; Asistencia para la Vivienda; LIEAP y documentación de un refugio para personas sin hogar que verifique la residencia actual.

Declaro que mi ingreso bruto anual es de \$_____, para _____ las personas de mi hogar

_____ Soy estudiante menor de 18 años y no tengo ingresos anuales superiores a 12.000 dólares.

_____ Hoy no tengo mi documentación de ingresos. Declaro que mis ingresos mensuales son \$_____ para _____ persona(s) en mi casa. Presentaré los ingresos del hogar para recibir futuros descuentos.

Esta declaración es válida por **un día al año.**

Ingresos: Requerimos documentación de ingresos para finalizar el proceso de solicitud, la cual debe entregar la documentación a mas tardar dos semanas después de firmar esta solicitud. Las fuentes de ingresos pueden incluir las siguientes: hasta tres talones de pago más recientes, formulario W-2, declaraciones de impuestos, documentos de asistencia gubernamental, carta del empleador en papel con membrete, manutención de menores, pensión alimenticia, pensión de jubilación y/o carta de agencias gubernamentales.

Por la presente certifico que las afirmaciones anteriores son ciertas y correctas según mi mejor conocimiento. Entiendo que una declaración falsa puede descalificarme para los descuentos, y actualizaré a KPCHC si hay algún cambio en mis ingresos.

Firma del paciente/tutor: _____ Fecha: _____

Internal Use Only:

Sliding Fee Scale:

Expiration date:

Staff initials:

Dental/Medical: B C D E F

Family Planning: B C D E F