

Solicitud de descuento de escala variable de tarifas



Solo para uso de oficina (For Office Use Only)					
Account number	Date provided	Date due back	Date returned	Date scanned	Staff member
Notes					
Approved for:					
<input type="checkbox"/> 30 days (pending documentation) <input type="checkbox"/> 6 months (self-declaration) <input type="checkbox"/> 1 year (fully documented)					

Información del solicitante	
Nombre de la persona responsable (primer nombre y apellido)	Fecha de nacimiento
Teléfono de casa	Teléfono celular
Dirección postal: PO box o calle	Dirección postal: ciudad, estado, código postal
¿Tiene alguno de los siguientes tipos de seguro? Marque todos los que corresponda.	
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Denali KidCare <input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield <input type="checkbox"/> Cigna <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> TRICARE <input type="checkbox"/> No tengo seguro. <input type="checkbox"/> Otro seguro:	

Asistencia para la inscripción en el seguro médico	
ANHC ofrece ayuda gratuita con la inscripción en Cuidado de Salud a Bajo Precio. ¿Le gustaría reunirse con nuestro Asesor de solicitudes certificados para determinar su elegibilidad para Medicaid u otro seguro médico de bajo costo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información del comprobante de ingresos	
¿Recibe actualmente ingresos de alguna fuente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene con usted documentos que demuestren los ingresos actuales del grupo familiar? *Si respondió Sí, avance a la sección Información del grupo familiar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En el plazo de 30 días a partir de hoy, ¿podrá presentar documentos que comprueben los ingresos actuales del grupo familiar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si actualmente no recibe ningún ingreso, ¿cómo cubre los gastos de manutención? Dé ejemplos.	
¿Le gustaría hablar con un miembro del personal de ANHC sobre cómo completar una declaración de ingresos del grupo familiar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información del grupo familiar (incluya niños y personas sin ingresos)		
Miembro n.º 1 del grupo familiar		
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento
	Yo mismo	
Fuentes de ingresos (Marque todos los que corresponda)		Total de ingresos anuales
<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta <input type="checkbox"/> Pensión/jubilación <input type="checkbox"/> PFD propia <input type="checkbox"/> Asistencia pública para adultos <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo		

Miembro n.º 2 del grupo familiar		
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento
Fuentes de ingresos (Marque todos los que corresponda)		Total de ingresos anuales
<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación
<input type="checkbox"/> PFD		<input type="checkbox"/> Asistencia pública para adultos
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo
Miembro n.º 3 del grupo familiar		
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento
Fuentes de ingresos (Marque todos los que corresponda)		Total de ingresos anuales
<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación
<input type="checkbox"/> PFD		<input type="checkbox"/> Asistencia pública para adultos
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo
Miembro n.º 4 del grupo familiar		
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento
Fuentes de ingresos (Marque todos los que corresponda)		Total de ingresos anuales
<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación
<input type="checkbox"/> PFD		<input type="checkbox"/> Asistencia pública para adultos
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo
Miembro n.º 5 del grupo familiar		
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento
Source(s) of income (Check all that apply.)		Total de ingresos anuales
<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación
<input type="checkbox"/> PFD		<input type="checkbox"/> Asistencia pública para adultos
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo
Miembro n.º 6 del grupo familiar		
Nombre	Relación con usted	Fecha de nacimiento
Fuentes de ingresos (Marque todos los que corresponda)		Total de ingresos anuales
<input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Trabaja por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Pensión/jubilación
<input type="checkbox"/> PFD		<input type="checkbox"/> Asistencia pública para adultos
<input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Seguro Social	<input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo
Firma		
<p>Declaro que, a mi leal saber y entender, la información y los documentos de respaldo de arriba son verdaderos y correctos. Entiendo que es mi responsabilidad informar a ANHC de cualquier cambio en mis ingresos que pueda afectar mi elegibilidad para los descuentos de escala variable de tarifas o participación en programas de descuento de medicamentos. Entiendo que si falsifico cualquier información para recibir servicios de manera fraudulenta, incluyendo, entre otros, programas de beneficios médicos, dentales, de laboratorio, de rayos X o de medicamentos con receta, mi participación será revocada y seré responsable del 100 % de los cargos usuales y acostumbrados de ANHC. Entiendo que el pago de los servicios prestados por ANHC se vence en el momento del servicio. Entiendo que el personal de ANHC puede verificar la información de este formulario.</p>		
Firma		Fecha de hoy