



Aplicación para Descuento en los Servicios de Salud

Todos los pacientes deben proporcionar comprobante completo de ingresos para ser considerados para descuentos. De no hacerlo, serán responsables del costo total (100%) de los servicios. Esta información es solo para **uso UNICO DE HEALS**, no compartiremos esta información con NINGUNA OTRA ORGANIZACIÓN.

Nombre del paciente:		Fecha de Nacimiento:			
Número de Seguro Social:		Edad:		Masculino	Femenino
¿El paciente es un estudiante de tiempo completo? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Nombre de la escuela:		Grado	Maestro (a)
Nombre del padre/tutor #1			Número de Seguro Social de la persona #1:		
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:		Teléfono de Celular:	
Dirección actual: Calle					
		Ciudad		Estado	Código postal
Condado:		¿Cuánto tiempo lleva viviendo aquí?			
Empleador del Padre/Tutor:		Fecha de contratación: (mes/día/año)			
Si está desempleado: última fecha trabajada (mes/día/año)		Razón:			
Nombre del padre/tutor #2			# de Seguro Social del Padre/Tutor #2:		
Teléfono de Casa:		Teléfono de Trabajo:		Teléfono de Celular:	
Dirección actual: Calle					
		Ciudad		Estado	Código postal
Condado:		¿Cuánto tiempo lleva viviendo aquí?			
Empleador del Padre/Tutor:		Fecha de contratación: (mes/día/año)			
Si está desempleado: última fecha trabajada (mes/día/año)		Razón:			
¿Estás alquilando? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Comprando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Eres dueño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Vive con alguien y/o recibe el apoyo de alguien? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Quién lo apoya?
Número de personas que dependen de sus ingresos:			¿Qué relación tienen con usted?		
Enliste las edades de SUS hijos y todos los menores de edad que aún viven en el hogar:					
¿Alguna vez ha solicitado SSI / Discapacidad del Seguro Social?				Fecha de la última solicitud:	

Información para conectarlo con recursos

Por favor, marque todo lo que corresponda:

Sin hogar Sí No

Vivienda Pública Sí No

Estatus del trabajador: Migrante Estacional No migrante / estacional Me Niego a responder.

Discapacitado Sí No **Baja militar:** Sí, Fecha de baja _____ No

Refugiado/Asilo político Sí No **País de origen:** _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ingresos y Gastos

INGRESOS MENSUALES

GASTOS MENSUALES

* Si los gastos son compartidos, enumere **solo su** parte que le corresponde

Tipo de ingreso	Cantidad \$	Tipo de gasto	Cantidad \$
Ingresos mensuales antes de impuestos (Padre/tutor #1)		Pago de alquiler, casa o remolque	
Ingreso neto después de impuestos (padre/tutor #1)		Pago de terrenos/lotés	
Ingresos mensuales antes de impuestos (Padre/tutor #2)		Factura de servicios	Gas Agua
Ingreso neto después de impuestos (padre/tutor #2)		Viveres/comida	Factura telefónica
Ingresos mensuales antes de impuestos (Padre/tutor #1 y #2)		Pago del coche	Seguro de auto
Ingreso neto después de impuestos (padre/tutor #1 #2)		Pago del coche	Seguro de auto
*Dado que el paciente es un niño, enumere los		Pago de manutención de los hijos/pensión	
Monto del cheque del Seguro Social (padre/tutor #1)		Gastos de guardería / cuidado de niños	
Monto del cheque del Seguro Social (padre/tutor #2)		Préstamos educativos/universitarios	
Monto del cheque del Seguro Social (niño)		Lista de todas las primas de seguro pagadas:	
Ingresos de SSI (enumere el monto y el destinatario)		Seguro de Hospital o Emergencias	
Ingresos militares/de reserva		Seguro de casa/inquilinos	
Ingresos por discapacidad a corto y largo plazo		Seguro médico/de salud	
Monto del cheque de desempleo		Seguro estudiantil	
Monto del cheque de jubilación/pensión		Seguro de vida/entierro	
Los ingresos por alquiler reciben		Seguro contra el cáncer	
AFDC/Asistencia familiar		Gastos médicos y médicos (mensuales)	
Asistencia de la Iglesia recibida		Costos de medicamentos recetados (de bolsillo)	
INGRESOS MENSUALES TOTALES DE TODOS LOS QUE CONTRIBUYEN EN SU HOGAR:	\$	GASTOS MENSUALES TOTALES:	\$

Declaración del solicitante: Por la presente certifico que la información en este formulario es correcta y verdadera a mi leal saber y entender y que no se han ocultado u omitido elementos de información pertinentes de esta solicitud. También entiendo que HEALS Inc. tiene derecho a revertir su decisión con respecto a los descuentos de caridad cuando se descubre información que indica que el paciente / garantes tiene o tuvo la capacidad de pagar por sus servicios. Estoy dando HEALS, Inc.; permiso para acceder a mi archivo de crédito y proporcionar mi información financiera a aquellas compañías contratadas por HEALS, Inc. con el propósito de programas financieros o de recuperación de productos para los que pueda calificar. Si hay alguien con quien le gustaría permitirnos hablar con respecto a completar el proceso de solicitud financiera, indíquelo a continuación como persona designada en el espacio provisto.

Nombre del Padre o Tutor legal

Firma del padre o tutor legal

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____

Documentos Necesarios

Para solicitar el descuento de honorarios, proporcione **un comprobante de ingresos actual**. La documentación debe reflejar sus **ganancias más recientes** y puede incluir uno o más de los siguientes:

- Declaración de impuestos sobre **la renta más reciente** o **formulario W-2**
- **Dos talones de pago más recientes**
- **Cheque de desempleo** o **declaración de beneficios más reciente**
- Comprobante de **otros ingresos del hogar** (como Seguro Social, pensión, discapacidad o manutención de los hijos)
- **Extractos bancarios** que muestran depósitos directos
- **Formulario de autodeclaración de ingresos**, solo si no hay otro comprobante de ingresos disponible

Si no se dispone de prueba de *ingresos brutos (antes de impuestos)*, los ingresos pueden estimarse **en función de la documentación de ingresos netos**.