



EVALUACIÓN DE LOS HOGARES

¡IMPORTANTE! Este formulario debe completarse en su totalidad. Si usted califica para el Programa de Escala de Tarifas, se aplicará a cada miembro de su familia que se enumera a continuación. Para miembros adicionales de la familia, utilice un segundo formulario.

INFORMACIÓN DE LA JEFE DE FAMILIA:

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: ____ Apellidos: _____

Dirección postal: _____ Apt./Unidad: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono celular: _____ Número de teléfono particular: _____

Fecha de nacimiento: ___/___/___ N.º de Seguro Social: _____ ¿Está casado? Sí No

Apellido, nombre	Relación con la parte responsable	Fecha de nacimiento	Nombre de la compañía de seguros médicos	Nombre del empleador	Paciente en la clínica
	YO	/ /			S or N
		/ /			S or N
		/ /			S or N
		/ /			S or N
		/ /			S or N

¿Cuál es su situación actual de vivienda?

- Tengo alojamiento
- No tengo vivienda, vivo en:
- Refugio
 - Calle
 - Vivienda compartida
 - Hogar de transición
 - Otro: _____

¿Es estudiante de tiempo completo?

- Sí No

ELEMENTOS ACEPTADOS COMO FORMAS DE VERIFICACIÓN DE LOS INGRESOS (Marque todos los que presente)

- Declaración de la renta del año anterior
- Declaración de la seguridad social/discapacidad
- Un mes de talones de pago
- Notificación de acción de ayuda alimentaria, TANF, etc.
- Horario de los estudiantes para el semestre en curso
- Documentación relativa a la manutención de los hijos, TANF, etc.
- Nota con membrete de una organización que ayude al paciente con su situación financiera.
- Si ha estado desempleado en el último mes, documentación de los ingresos obtenidos antes de perder el empleo.

Si no puede demostrar sus ingresos, póngase en contacto con la oficina de facturación.

Tarifas ajustables

El Programa de Escala de Tarifas Ajustables se basa en el tamaño del hogar y los ingresos brutos. La verificación de ingresos es obligatoria. Al firmar a continuación, acepto que FCH pueda comunicarse con cada empleador de todas las personas que trabajan en el hogar mencionado anteriormente o que pueda comunicarse con varias agencias para verificar cualquier fuente de ingresos. Se me pedirá que vuelva a solicitar el Programa de Escala de Tarifas Ajustables al menos una vez al año. Estoy obligado a informar a FCH de cualquier cambio en el tamaño del hogar, los ingresos o el seguro. Los solicitantes que no cuenten con la información requerida serán rechazados sin previo aviso después de 30 días.

Verifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta.

Autorización:

Firma del paciente o agente autorizado

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Relación con el paciente (si el paciente no firma)

- Marque aquí si presenta formularios adicionales