



**SECCION I**  
**INFORMACION GENERAL**

**Para ser elegible para recibir el beneficio del programa de descuento, el individuo debe ser residente de los Estados Unidos, pero no se requiere ser residente para recibir tratamiento médico.**

Es usted residente de los Estados Unidos: Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) Mes Día Año

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 (O Numero de ITIN) Mes Día Año

Estado Civil: \_\_\_\_\_ Soltero/a \_\_\_\_\_ Casado/a \_\_\_\_\_ Divorciado/a \_\_\_\_\_ Viudo/a \_\_\_\_\_

Nombre de su Esposo/a \_\_\_\_\_

**SECCION II**  
**INFORMACION DE LA CASA**

Por favor liste todas las personas que estén viviendo en su casa (incluyéndose a usted mismo) que cumplan con los siguientes criterios: 1) Todas las personas que reclamo en su declaración de impuestos federal. 2) adultos que no tengan ninguna relación con usted pero que contribuyen a los ingresos de la casa tales como (comida/renta/utilidades). 3) Niños o nietos entre 19 a 26 años de edad que asistan a la escuela (se requiere comprobación de matricula). Los adultos mayores de 26 años de edad sin ningún ingreso NO PUEDEN ser incluidos en esta aplicación al menos de que sea su esposo o esposa.

**Por Favor Escriba con Letra de Molde**

Nombre y Apellido	Edad	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social/ITIN	Fuente de Ingreso	Que tan seguido le pagan? (semanal; quincenal)	Relación con el aplicante
1						
2.						
3.						
4.						
5.						

**Por Favor incluya la documentación de ingresos de todos los adultos incluidos en esta aplicación.**

Número total de adultos (mayores de 19 años): \_\_\_\_\_

Número total de niños (menores de 19 años): \_\_\_\_\_

Número total de personas en la casa: \_\_\_\_\_

Ingreso total anual del la casa: \_\_\_\_\_

**SECCION III**  
**SEGURO**

¿Usted, o el paciente que usted representa, tiene seguro médico/dental? \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

Si contesto que si, por favor dele a la recepcionista su tarjeta(s) de seguro para que obtenga una copia.

**SECCION IV**  
**CERO INGRESOS**

A excepción del esposo u esposa del aplicante, todos los adultos (mayores de 19 años) viviendo en su casa, quien usted reclame como un miembro de su casa en esta aplicación, debe proporcionar prueba de identificación y prueba de ingresos. Si un adulto de 19 a 26 años de edad, está viviendo en su casa pero no tiene ningún ingreso, y pueden proporcionar pruebas de que está atendiendo la escuela en el año escolar actual, ellos también pueden ser incluidos como miembros de la casa para propósitos de esta aplicación. **NINGUN ADULTO (MAYOR DE 19 Años) QUE NO ESTE EN LA ESCUELA, Y SIN INGRESOS, PUEDE SER INCLUIDO COMO MIEMBRO DE SU CASA PARA PROPOSITOS DE ESTE PROGRAMA, SIN ANTES PASAR POR UNA ENTREVISTA PARA DETERMINAR SI EXISTEN CIRCUNSTANCIAS EXTREMAS DIGNAS DE UNA EXCEPCION.**

**SECCION V**  
**DECLARACION DEL APLICANTE**

Yo certifico que la información en esta aplicación es verdadera y exacta. Comprendo que es mi responsabilidad llenar esta aplicación y proporcionar las pruebas necesarias de ingresos, de identificación, y de residencia, para poder solicitar servicios descontados. Comprendo que como un Paciente Nuevo, yo debo proporcionar toda la documentación necesaria antes de, o en momento de mi consulta médica, o tendré que pagar el precio completo por los servicios recibidos. Además, comprendo que como un paciente establecido aplicando de nuevo para recibir servicios descontados, yo tendré no más de 10 días a partir de la fecha de mis servicios para proporcionar las pruebas de ingresos, identificación, y documentación de residencia, o seré responsable de pagar el precio completo por los servicios recibidos. **Comprendo que ningunos descuentos serán aplicados a cuentas que se pasen del período de 10 días.**

Yo me comprometo a informar a Family Health Center of Southern Oklahoma si mi situación financiera cambia drásticamente. Yo también comprendo que el falsificar información o documentación en la aplicación tendrán como resultado que mi aplicación sea negada y que todos los descuentos que se me hayan dado bajo esta información falsa serán revocados y seré responsable de pagar el recio completo de todos los cargos. Comprendo que si tengo seguro medico todos los pagos aplicables del seguro deben ser aplicados a la cuenta antes de que se aplique cualquier descuento. **Comprendo que esta aplicación, y cualquier descuento para el que puedo calificar, aplicará solamente al paciente listó en esta aplicación. Cualquier otro paciente adicional debería aplicar por separado.**

Estoy enterado que FHCSO está legalmente obligado a seguir las políticas y regulaciones establecidas por el gobierno federal, y es ilegal mes representar o declarar información falsa en esta aplicación.

**Yo me comprometo a:** ayudar a FHCSO verificar cualquier información que este en esta aplicación, y permitió que ellos obtengan la información necesaria de mis empleadores, agencias de gobierno, o proveedores médicos, y de otras fuentes que sean necesarias.

---

Nombre del Aplicante

---

Firma del Aplicante

## REQUISITOS PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO

### Prueba de identificación:

Por favor Traiga uno de las siguientes formas de identificación (si es que no esa actualmente en su archivo).

- Tarjeta de seguro social
- Licencia de manejar o una identificación del estado válida
- Acta de nacimiento
- Tarjeta de ITIN u otro documento que contenga su número de ITIN
- Pasaporte

### Prueba de residencia:

Por favor traiga uno de los siguientes documentos para demostrar su residencia (**si es que no esa actualmente en su archivo**).

- Cobro de luz, agua, o gas reciente
- Recibo reciente de renta o préstamo bancario
- Talón de cheque que incluya su nombre y su dirección
- Carta de algún beneficio enviado a su domicilio

### Prueba de ingresos:

Por favor traiga uno de los siguientes documentos para comprobar el ingreso de cada una de las personas que esté en la aplicación del programa de descuento que contribuya hacia la alimentación, renta, o utilidades de la casa. Documentación reciente debe ser proporcionada cada vez que renueve su aplicación para el programa de descuento.

- Documentación preferida: \*\*declaración de impuestos del año anterior (Necesitamos una copia del IRS si es que fue hecha a mano)
- Mínimo 2 meses de talonarios de cheque
- Estado bancario reciente que muestra depósito directo de su cheque de beneficio
- Carta que muestre sus beneficios de (Seguro social, u otros ingresos suplementarios por parte del seguro social, etc.)
- La carta que dice cuanto le dan de estampillas solo puede ser utilizada en combinación con otra forma de prueba de ingresos.
- Carta notariada de su empleador que diga cuantas horas trabaja a la semana y a cuanto le pagan la hora. (Esta carta debe incluir el nombre, la dirección, y el número de teléfono de su empleador para así poder verificar esta información)
- Formulario de verificación de empleo llenado por su empleador junto con su número de teléfono para poder verificar la información incluida en el formulario.

(Vea opciones adicionales de documentación para la prueba de ingresos en el documento titulado: PRUEBA DE INGRESOS PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO).

**PARA QUE UN PACIENTE SEA ELEGIBLE PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE DESCUENTO, FHCSO DEBE TENER PRUEBA DE IDENTIFICACION Y PRUEBA DE RESIDENCIA PARA TODAS LAS PERSONAS QUE USTED RECLAMO COMO MIEMBRO DE SU CASA EN LA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE DESCUENTO. Nota: No es requiere prueba de residencia para recibir tratamiento médico.**

## PRUEBAS DE INGRESOS PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO

Siendo un Centro Médico Federalmente Calificado (FQHC), Family Health Center of Southern Oklahoma (FHCSO) puede proporcionar descuentos en los servicios médicos a aquellas personas que no tienen seguro médico y también a aquellas personas que tienen seguro médico pero que no tienen la cobertura médica suficiente. Los pacientes con seguro y sin seguro médico pueden calificar para el programa de descuento basado en el tamaño familiar y documentación apropiada de todo el ingreso de la casa.

Para ser considerado para el programa de descuento, por favor llene la aplicación del programa de descuento, y proporcione toda la documentación necesaria, incluyendo las pruebas de ingreso de todas las personas que estén en la casa. La siguiente lista incluye la documentación considerada aceptable para demostrar los ingresos de la casa:

- A) Declaración de impuestos del año anterior (formulario 1040, 1040, 1040EZ) para cada persona que esté en su casa.
- B) Dos meses de los talones de cheque más recientes para cada persona que esté en la casa.
- C) Formulario de verificación de empleo, firmado por su empleador que incluya: la fecha en que fue contratado(a), cuanto le pagan por hora, y cuantas horas trabaja a la semana. Este formulario por lo menos debe de estar notariado, esta información también deberá ser verificada por teléfono con su empleador.
  - a. Si el empleado tiene menos de dos meses trabajando, aceptaremos los talones de cheque o documentación notariada que esté disponible. En esta situación, FHCSO EXPIRARA su aplicación después de la consulta de ese día. Para la próxima consulta el paciente será responsable de proporcionar dos meses de talonarios de cheques para establecer su elegibilidad para el programa de descuento.
  - b. Cuando toda la documentación necesaria esa proporcionada, usted será elegible para el programa de descuento por un periodo de un 1 años, o hasta que haya un cambio substancial en el ingresos de la casa, o un cambio en el número de personas en casa.
- D) Carta de la Administración del Seguro Social o estado de cuanta indicando depósito directo por parte de la Administración del Seguro Social de los EE. UU.
- E) Notificación o talones de cheque por parte de la Oficina de Desempleo que indique la cantidad que recibe. Estos documentos deben incluir el nombre del paciente y/o el número de seguro social.
- F) Notificación de los beneficios recibidos por pensión, jubilación o incapacidad o un estado de cuenta reciente que indique depósito directo de los beneficios recibidos por pensión, jubilación o beneficios de incapacidad.
- G) Mandato judicial de manutención de los hijos
- H) Verificación de ingresos por parte del Departamento de Servicios Humanos de Oklahoma.
  - a) Documento que enseñe la cantidad que recibe en estampillas para la comida (cada persona que reciba estampillas de comida debe proporcionar este documento). La documentación de estampillas solo puede ser utilizada en combinación con otra forma de ingreso.