



Solicitud de tarifa variable: autónomos

Complete esta versión del formulario solo si usted o alguien de su familia trabaja por cuenta propia.

Los centros de salud de Alcona están autorizados por la Oficina de atención primaria de salud para ofrecer una escala de pago variable, determinada por el tamaño de la familia y los ingresos, sobre las tarifas de los pacientes.

Aquellos elegibles para Medicaid y Medicare pueden postularse directamente a esos programas.

NOMBRE DEL SOLICITANTE Y DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR DE LOS QUE USTED ES FINANCIERAMENTE RESPONSABLE:	Relación con el Jefe de Hogar ¿	Paciente establecido o de AHC? Sí o No	FECHA DE NACIMIENTO
1. (Cabeza de familia):			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

TODA LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS y los documentos necesarios DEBEN SER ENTREGADOS CON LA SOLICITUD. DEBEMOS tener prueba de ingresos ANTES de procesar su solicitud.

ENTIENDO QUE CUALQUIER CAMBIO EN LOS INGRESOS DEBE SER REPORTADO DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS; y doy fe de que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha

Número de teléfono actual del jefe de familia: _____

Para personal uso del:

Fecha en que se completó: Se

recibió la documentación de ingresos adecuada. Se completó la hoja de cálculo de la tarifa móvil.	
Se ingresó la información de la solicitud completa en el sistema de PM y coincide.	
Agregue a la hoja de cálculo para recibir un recordatorio de renovación anual.	
Comuníquese con el Departamento de Farmacia	



LAS PERSONAS AUTÓNOMAS CONTRATADAS PUEDEN PROPORCIONAR COPIAS DE LOS CHEQUES QUE HAN RECIBIDO (es decir, trabajar para una empresa autónoma y recibir un cheque de esa entidad) O completar los gastos mensuales personales estimados a continuación.

Aquellos que son elegibles para los programas de Medicaid o Medicare deben postularse directamente a esos programas.

Complete esta versión del formulario solo si usted o alguien en su hogar es un trabajador autónomo.

La documentación de ingresos preferidos para autónomos es una copia de los cheques emitidos a su nombre para

pagos semanales o quincenales. Estime solo si no hay otra forma de documentación disponible.

MENSUALES PERSONALES DEL HOGAR GASTOS NO Relacionadas con su negocio

hipoteca o alquiler PAGO	\$
UTILIDADES	\$
ELECTRIC	\$
CALOR	\$
AGUA	\$
teléfono	\$
CABLE	\$
recolección de basura	\$
GASTOS rotiserias	\$
impuestos de propiedad sobre del hogar	\$
SEGURO EN CASA	\$
los gastos médicos	\$
gastos de cuidado infantil	\$
pagos de manutención	\$
VARIOS (ROPA , ARTÍCULOS DE CUIDADO PERSONAL) DEL	\$
TOTAL GASTOS MENSUALES HOGAR estimados	\$

Nombre del jefe de familia en letra de imprenta: _____

Firma del jefe de familia: _____ Fecha: _____