



Solicitud para el Programa de descuentos mediante tarifa variable y de atención médica para personas sin hogar

Teléfono: (802) 264-8124

Fax: (802) 540-0165

www.chcb.org

patientsupport@chcb.org

1. Solicitante

Nombre (Apellido) _____ (Primer nombre) _____ (Inic. del 2.º nombre) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono particular _____ Fecha de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____

Soltero/a _____ Casado/a _____ Divorciado/a _____ Separado/a _____ Viudo/a _____

2. Miembros del hogar a los fines fiscales (Quiénes figurarían en los documentos de su declaración de impuestos. Incluya a todos los miembros del hogar en un solo formulario).

Nombre	Relación a los fines fiscales	¿Es paciente de CHC? (Sí/No)	Fecha de nacimiento	N.º de Seguro Social
1. _____				
2. _____				
3. _____				
4. _____				
5. _____				

3. ¿Es usted estudiante de una facultad o universidad? Sí No

(En caso afirmativo, deberá proporcionar una copia de su Solicitud gratuita de ayuda federal para estudiantes [Free Application for Federal Student Aid, FAFSA] para presentar la solicitud).

¿Es posible que figure como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

(En caso afirmativo, se exigirá una prueba adicional de ingresos).

3a) ¿Es usted una persona sin hogar? Sí No (En caso afirmativo, marque la casilla correspondiente a continuación).

3b) Comparte vivienda o vive con otras personas Albergue Calle Vivienda de transición

3c) ¿Dónde y cuánto tiempo permanecerá allí? _____

3d) ¿Conoce los servicios comunitarios para las personas sin hogar disponibles en nuestra comunidad? Sí No

4. Ingresos mensuales de:

Salario bruto	\$ _____	\$ _____
Empleado por cuenta propia	\$ _____	\$ _____
Desempleo	\$ _____	\$ _____
Compensación para los trabajadores	\$ _____	\$ _____
Discapacidad	\$ _____	\$ _____
Seguro Social	\$ _____	\$ _____
Ingresos por jubilación/pensión	\$ _____	\$ _____
Ingresos por intereses/inversiones	\$ _____	\$ _____
Ingresos divididos	\$ _____	\$ _____
Pensión alimenticia/manutención infantil	\$ _____	\$ _____
Ingresos por alquiler	\$ _____	\$ _____
Beneficio de VA	\$ _____	\$ _____
Otro: _____		

5. Autodeclaración de ingresos

Autodeclaración: Declaro que he estado trabajando y recibiendo pagos en efectivo por un importe de \$ _____ por _____ Semana Mes Año

No tengo talones de pago ni otra documentación que demuestre mis ingresos.

Autodeclaración: Declaro que no tengo empleo ni ingresos de ningún tipo. **Si elige esta opción, explique cómo paga los gastos básicos, que incluyen vivienda, comida y servicios:**

6. Seguro

¿Usted o su cónyuge tiene cobertura de seguro dental? Sí No Compañía de seguro: _____

¿Usted o su cónyuge tiene beneficios de seguro médico? Sí No Compañía de seguro: _____

En caso afirmativo, ¿se trata de una póliza de Vermont Health Connect? Sí No

Asegurado - Proveedor: _____

Sin cobertura de seguro médico o dental

Se completó la Solicitud de seguro estatal (Green Mountain Care [GMC]).

Solicitud pendiente/Llamada a GMC con el paciente para comprobar el estado de la solicitud.

7. ¿Tiene un proveedor médico y un proveedor dental?

Sí, nombre del proveedor médico: _____

Sin cobertura de atención médica.

Sí, nombre del proveedor dental: _____

Sin cobertura dental.

¿Le interesa recibir información sobre alguno de los siguientes servicios comunitarios?

Médico

Dental

Asesoramiento Despensa de alimentos Vivienda

¿Desea que lo/a pongamos en contacto con estos servicios hoy mismo? Sí No

8. Firma

Al firmar a continuación, autorizo a Community Health Centers of Burlington, Inc. (CHC) a compartir este documento y cualquier documento adjunto a este con University of Vermont Medical Center (UVMCC) con el fin de inscribirme en su programa de tarifas variables. Entiendo que este intercambio de información puede reducir cualquier costo que deba pagar de mi bolsillo por los servicios indicados en CHC, pero que se proporcionaron en UVMCC (p. ej., pruebas de laboratorio). También comprendo que puedo revocar este permiso si CHC aún no ha actuado en consecuencia al escribir "no compartir con UVMCC" junto a mi firma a continuación, y que la firma de este documento no es una condición para recibir tratamiento en CHC o UVMCC.

La información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en informarle al centro de salud cualquier cambio en mi situación laboral, financiera o de vivienda. Si la información anterior fuera incorrecta, entiendo que el descuento que se me ha proporcionado se dará por terminado. (También doy permiso para que el personal del centro de salud se ponga en contacto con mi empleador o cualquier otra fuente para verificar los ingresos).

Se espera que los pacientes proporcionen datos precisos sobre su cobertura médica e información financiera. La omisión intencionada o la falsificación de información de identidad, financiera o demográfica constituye fraude y puede dar lugar a la baja del consultorio durante un máximo de un año. En caso de falsificación, el paciente será responsable del pago en su totalidad.

Firma del solicitante

Fecha

SOLO PARA USO EN EL CONSULTORIO

Iniciales de quien autor. _____ Nivel de variabilidad _____ Fecha de aprobación/denegación _____
Fecha de renovación _____

Devuelva este formulario junto con dos de los siguientes formularios de verificación de ingresos a patientsupport@chcb.org:

- 2 talones de pago consecutivos de los últimos 30 días
- Declaraciones de beneficios del Seguro Social, por discapacidad o de pensión
- Formulario W2 o 1099 del IRS
- Formulario FAFSA (**si es estudiante, también deberá presentar este documento**)
- Declaración de impuestos más reciente (formulario 1040)