

Heritage Health Center
APLICACION PARA LA REDUCCION DE COSTOS
SECCION I

Nombre: _____ Fecha: _____

Número de Seguro Social: _____

Estado Civil: Soltero(a) Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Nombre del Cónyuge: _____

Nombre del Paciente: _____ Relación al Paciente: _____

INFORMACION DEL HOGAR
SECCION II

Información de los ingresos económicos del hogar:

Por favor entre a todos los miembros de su hogar (Incluido usted). Incluya a todo miembro que tenga al menos 18 años o mayor, resida en el hogar y contribuya con los gastos básicos de subsistencia (incluido usted). Los ingresos incluyen, salarios brutos (antes de impuestos), pensión de los niños, pensión alimenticia, ingresos de alquiler, compensación de desempleo, beneficios del seguro social, asistencia pública o de gobierno, pensiones de retiro, etc. No incluya asistencia y/o ayuda que no sea en efectivo, como, beneficios alimenticios, subsidio de vivienda, y otros subsidios del gobierno. Para ser considerado miembro del hogar, la persona debe ser nombrada en la tabla. Adultos (con la excepción de su cónyuge) en la lista que no tengan ingresos económicos, debe proveer los documentos apropiados.

Nombre y Apellido	Edad	Tipo de Ingresos Nombre de Empleador	Ingreso Mensual

Por Favor Incluya documentos de ingresos económicos de cada adulto en la tabla de arriba.

Número total de adultos (mayores de 18 años): _____

Monto estimado total de ingresos económicos del hogar: _____

Número total de niños en el hogar: _____

Número total de miembros del hogar: _____

Heritage Health Center
INFORMACION DEL HOGAR
SECCION II (continuación)

Por el presente, juro y afirmo que la información provista en esta aplicación es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Yo estoy de acuerdo que cualquier información falsa, y/o información omitida, me puede descalificar de ser considerado para el programa de asistencia de gastos y puede haber penalidades bajo la Ley Federal, las cuales pueden incluir multas y encarcelamiento. Yo, también estoy de acuerdo que debo informar a Heritage Health Center sobre cualquier cambio significativo en los ingresos económicos de mi hogar. De ser aprobado(a) en el programa de reducción de costos, yo voy a seguir todas las reglas y regulaciones de Heritage Health Center. Por la presente, reconozco que he leído y entendido lo escrito en este documento.

Yo autorizo Heritage Health Center a publicar toda información financiera incluyendo, pero no limitada a: aplicación para reducción de costos y todo documentado relacionado a esta aplicación, información del paciente, información del seguro de salud, y otro tipo de información dentro de mi registro electrónico de salud y/o dental que sea necesario para revisión por un auditor, para la participación en cual programa de asistencia para pacientes incluyendo, pero no limitado a la ayuda de reducción de costos, programas financiados y/o programas de ayuda de costos farmacéuticos para los que pueda ser elegible.

Fecha: _____

Nombre: _____

Firma: _____