



Completar y enviar antes del: \_\_\_\_\_

# Solicitud de descuento

Si necesita ayuda para completar los datos que figuran a continuación, diríjase a un especialista en atención al paciente.

## PASO UNO: Datos del solicitante

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_  
 Calle Apartamento Ciudad Estado Código postal

Situación de declaración de impuestos: \_\_\_\_\_ Ingreso bruto ajustado: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social o número de identificación fiscal: \_\_\_\_\_

## PASO DOS:

### Seguro de salud

¿Tiene seguro médico o dental?

Sí  No

Si contestó que sí, indique cuál:

Nombre del plan: \_\_\_\_\_

N.º de plan: \_\_\_\_\_

## PASO TRES: Solamente si solicita con un cosolicitante o si tiene dependientes.

Dependiente(s)	Relación	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social o de identificación fiscal	Situación de declaración de impuestos al IRS	Ingreso bruto ajustado
<b>Un cosolicitante o dependiente debe cumplir lo siguiente para ser elegible:</b> Debe ser su cónyuge, hijo(a), hijastro(a), hijo(a) de crianza, hermano(a), medio(a) hermano(a), hermanastro(a), o un descendiente de alguno de los anteriores. Si se trata de un menor, debe (a) tener menos de 19 años de edad cuando termine el año, (b) tener menos de 24 años cuando termine el año si es estudiante, o (c) tener cualquier edad si el dependiente está discapacitado.				<b>NF</b> No declara impuestos <b>MFJ</b> Casado y declaran en conjunto <b>MFS</b> Casado y declara por separado <b>SGL</b> Soltero <b>HH</b> Jefe de familia <b>Dep</b> Dependiente	Ingreso bruto ajustado declarado en sus impuestos del año pasado.  Si no declaró impuestos, tendrá que completar el formulario de verificación de ingresos familiares de CHC – PA Form 201B.
<i>Ejemplo: Jane Smith</i>	<i>Hija</i>	<i>MM/DD/AAAA</i>	<i>123-45-6789</i>	<i>Dep</i>	<i>\$0</i>

**PASO CUATRO:** En la medida de mi conocimiento, la información proporcionada es verdadera y correcta. Otorgo mi permiso a Community Health Center of Snohomish County para verificar la información referente a mi situación financiera. **Entiendo que esta información y toda la documentación de sustento deben entregarse dentro de un plazo de 30 días desde la fecha de la consulta, para ser elegible para un descuento en escala proporcional.** Si no se recibe esta información, entiendo que seré responsable por el costo total de la consulta.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/garante

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

### Sólo para uso interno:

Clinica que recibe: \_\_\_\_\_ Nombre del empleado de CHC (letra de molde): \_\_\_\_\_ N.º NG: \_\_\_\_\_ N.º A: \_\_\_\_\_

Ingreso anual verificado: \$ \_\_\_\_\_ N.º en el hogar: \_\_\_\_\_ Escala proporcional: \_\_\_\_\_ Fecha de recertificación: \_\_\_\_\_

Comprobante de ingresos:  IRS  Formulario PA 201B  Otro (especificar): \_\_\_\_\_ Nombre y firma del personal de PEES o facturación: \_\_\_\_\_

## Verificación de ingresos del hogar

<b>Haga una lista de los ingresos de los últimos 30 días</b>	
<b>Sume:</b>	
Salarios, sueldos, propinas, etc. <i>(adjunte un recibo de sueldo)</i>	\$
Beneficios del Seguro Social <i>(adjunte carta de adjudicación o un estado de cuenta bancario)</i>	\$
Dividendos o intereses imponibles <i>(adjunte un estado de cuenta bancario)</i>	\$
Pensión imponible, anualidad o distribuciones de IRA <i>(adjunte un estado de cuenta bancario)</i>	\$
Compensación por desempleo <i>(adjunte carta de adjudicación o un estado de cuenta bancario)</i>	\$
Ingresos comerciales <i>(adjunte el Anexo C del IRS)</i>	\$
Ingresos de bienes inmuebles de alquiler, fideicomisos, regalías, sociedades, corporaciones S, etc. <i>(adjunte el Anexo E del IRS o un estado de cuenta bancario)</i>	\$
Ingresos agrícolas <i>(adjunte el Anexo F del IRS)</i>	\$
Pensión alimenticia recibida <i>(adjunte un estado de cuenta bancario)</i>	\$
Otros ingresos <i>(enumere el tipo y proporcione la documentación de respaldo)</i>	\$
<b>Menos:</b>	
Pensión alimenticia pagada <i>(adjunte un estado de cuenta bancario)</i>	\$
<b>Ingresos totales del hogar:</b>	<b>\$</b>

En la medida de mi conocimiento, la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que se puede solicitar información adicional y la enviaré dentro de un plazo de 14 días de que se me solicite. Doy permiso a CHC para ponerse en contacto conmigo para verificar la información anterior y entiendo que si esta declaración no se completa en su totalidad, se puede denegar la solicitud de descuento.

<i>Nombre en letra de molde</i>	<i>Número telefónico de contacto</i>
<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>

**Autodeclarado sin ingresos**  
 ¿Cómo recibe comida y alojamiento? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Doy fe de que mi hogar no tiene ingresos.

<i>Firma</i>	<i>Fecha</i>
--------------	--------------