

Katy Trail Community Health recibe subsidios federales para asistir a nuestra disposición de este programa de tarifa de descuento. Para cumplir con las regulaciones de subsidio correspondientes, es necesario para nosotros obtener información personal de usted con respecto a los ingresos del hogar y tamaño, que se utiliza para determinar la elegibilidad para el programa y qué cantidad de los descuentos se pueden aplicar. La información que proporcione se mantendrá en los archivos y en estricta confidencialidad. Usted está obligado a tener que determinar la elegibilidad anualmente, o mas antes si su ingreso o lista familiar cambia.

Información del paciente		
Nombre Completo del paciente		
Direccion		
Numero de telefono	Fecha de nacimiento	Numero de Seguro Social
Nombre de empleador		Si no esta empleado, fecha de ultimo dia que trabajo

TAMANO DE HOGAR		
Para los miembros adicionales de su hogar (nombres)	Fecha de Nacimiento	Relacion con el paciente
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

Ingresos Familiar (Ingreso Familiar Usted debe reportar todos los ingresos de todos los miembros del hogar. Además se requiere prueba de ingresos , incluyendo, la más reciente devolución de impuestos, los últimos talones de pago, declaraciones de beneficios , sentencia de divorcio y/o cualquier otra evidencia de las fuentes de ingresos y cantidades.)

Fuente de ingresos	Recibido por quien (elija)				Cantidad	Frecuencia (circule uno)	Para oficina solamente
	Yo	Pareja	hijo/a	Otro			
Las ganancias (sueldos, salarios, y los ingresos por cuenta propia)					\$	semana mes año	
Los ingresos por intereses y / o dividendos					\$	semana mes año	
Compensacion de desempleo					\$	semana mes año	
Manutención de los Hijos					\$	semana mes año	
Pensión alimenticia					\$	semana mes año	
Contribuciones regulares de personas que no viven en casa					\$	semana mes año	
La Compensación para Trabajadores					\$	semana mes año	
Seguridad Social y/o Seguridad de Ingreso Suplementario SSI					\$	semana mes año	
La asistencia pública (incluye TANF y otra asistencia social en efectivo)					\$	semana mes año	
rentas las regalías y los ingresos raíces de confianza					\$	semana mes año	
Pension de retiro o de discapacidad (gubernamentales y no gubernamentales)					\$	semana mes año	
Pagos veteranos					\$	semana mes año	
Asistencia de Educacion del gobierno					\$	semana mes año	
Asistencia educativa no gubernamental					\$	semana mes año	
Otro tipo de ingreso no informado					\$	semana mes año	

NOTA: Si usted no revela ningun ingreso, nosotros podemos pedir explicacion de su situacion economica como paga sus billes para su comida o otros esenciales.	Ingresos anualizada
---	---------------------

Explicación de la situación de estar si no hay ingresos Informó:

Al firmar abajo, yo consiento a Katy Trail Community Health que confirme cualquier informacion en esta aplicacion. Yo tambien entiendo y reconosco que falsificar informacion es considerado fraude y puede resultar en negarme esta aplicacion tambien voy a deber por los servicios. Yo entiendo que mi determinacion de elegibilidad es buena hasta 1 de Marzo de cada año. En este momento yo tendre que aplicar de nuevo para el programa de descuento. Es mi deber informarle a Katy Trail Community Health si mi situacion financiera mejora o cambia y en ese momento me toca aplicar de nuevo para ver mis nuevas posibilidades con el programa.

Firma del Solicitante

Fecha

OFFICE USE ONLY

INCOME VERIFICATION DOCUMENTS PROVIDED

Tax Form 1040, 1040A or 1040EZ

Pay Stubs

Other: _____

Other: _____

Other: _____

Other: _____

Other: _____

Eligibility Period

Start Date _____

End Date _____

Household Size

Income Level

Sliding Fee Discount Level

Application is:

Accepted

Rejected

If Rejected, please state reason:

Completed By _____

Date _____