

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 (por favor enumere a todos los miembros de su hogar de los cuales usted es financieramente responsable.)

Para los miembros adicionales de su hogar (nombres)	Tienes Ingreso (s/n)	Fecha de Nacimiento	Relacion con el paciente	KTCH paciente (s/n)
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

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

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:

En participar en el Programa de descuento de tarifa variable de KTCH, soy consciente de que KTCH proporcionara llamadas telefonicas y mensajes de texto para recordarme sobre mi descuento de tarifa variable.

Si quiero recibir mensaje de Texto/ Llamada No quiero recibir mensaje de texto/llamada

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 valida exactamente un ano a partir de la fecha de la solicitud. 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