

### Solicitud de descuento en la atención médica

Complete la solicitud y adjunte toda la información sobre los ingresos.

#### INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número del Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Dirección particular: \_\_\_\_\_ Número de teléfono particular: \_\_\_\_\_  
 Ciudad/estado/código postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular: \_\_\_\_\_  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Actualmente tiene seguro? (marque solo una opción)  Sí  No

¿Necesita ayuda para verificar la elegibilidad para el seguro? (marque solo una opción)  Sí  No

**INFORMACIÓN DEL HOGAR:** enumere los miembros del hogar declarados en el formulario de impuestos (1040, 1040A o 1040EZ) u otros formularios.

Nombre	Núm. Seguro Social (SSN)	Fch. de nacimiento	Relación

He completado esta solicitud de elegibilidad para el descuento en atención médica y confirmo que toda mi información es correcta a mi leal saber y entender. Si se aprueba un descuento del 100 %, entiendo que se cobrará un pago mínimo de \$25.00 para servicios médicos, oftalmológicos o de salud conductual, \$40.00 para servicios odontológicos y \$7.00 para dispensarios al momento de cada consulta. Entiendo que los descuentos están disponibles independientemente de mi estado de seguro y que, si no califico para un descuento, seré responsable de pagar el 100 % de los cargos facturados. Por ejemplo, si soy elegible para un descuento del 80 %, seré responsable del 20 % de los cargos aplicables. Entiendo que este descuento no cubre costos de laboratorios dentales o médicos, lentes de contacto, ni marcos o lentes de alta gama y sus accesorios. Comprendo que, en el caso de tener ingresos autodeclarados, el descuento otorgado puede estar sujeto a cambios con aprobación administrativa. Entiendo que esta es una solicitud y está sujeta a aprobación administrativa, y que CHDC notificará a los solicitantes sobre su elegibilidad en un plazo de 24 a 48 horas hábiles tras recibir toda la documentación requerida.

Autorizo a CHDC a comunicarse conmigo mediante correos electrónicos, mensajes de texto  Sí  No Iniciales: \_\_\_\_\_  
 o llamadas con información sobre mi elegibilidad:

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

(Nombre en letra de imprenta arriba para firmar electrónicamente)

Formulario recopilado por: \_\_\_\_\_