

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. **Acepto que no aplazaré ningún tratamiento de atención médica mientras espero una determinación de descuento en la atención médica.** Iniciales: _____

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

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

(Nombre en letra de imprenta arriba para firmar electrónicamente)

Formulario recopilado por: _____ Fecha: _____