

Aplicación para el Programa de Asistencia de Oak Orchard Health

- | | | | |
|------------------------------------|---|----------------------------------|------------------------------------|
| ☐ Albion | ☐ Hornell Dental | ☐ Optical | ☐ Alexander |
| ☐ Brockport | ☐ Lyndonville | ☐ MDU | ☐ Pembroke |
| ☐ Hornell | ☐ Warsaw | ☐ Field | ☐ Batavia |

Date Stamp

Initial

Porque nosotros somos un Centro Comunitario de Salud tenemos la oportunidad de ofrecerle un descuento en sus servicios basados en sus ingresos familiares y el tamaño de su familia. Si piensa que esto puede beneficiarle a usted y a su familia, llene esta solicitud del Programa de Asistencia y proporcione la verificación de ingresos para permitirnos determinar si usted es elegible.

Información de la persona de cabecera:

Nombre, inicial, apellido:		Teléfono de casa		Celular:		Teléfono del trabajo:	
Dirección:		Ciudad:		Estado y Código Postal		Condado:	
Email: (Correo Electrónico)		Estado Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Pareja(o)		☐ Casado(a) ☐ Viudo(a)		☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a)	

Información del hogar: Escriba el nombre de TODAS las personas que viven en la casa incluyendo la persona de cabecera.

Nombre	Fecha de nacimiento (Edad si no sabe)	Relación	Paciente de OOH	Empleado	Nombre	Fecha de nacimiento (Edad si no sabe)	Relación	Paciente de OOH	Empleado
1.		Yo	Si/No	Si/No	7.			Si/No	Si/No
2.			Si/No	Si/No	8.			Si/No	Si/No
3.			Si/No	Si/No	8.			Si/No	Si/No
4.			Si/No	Si/No	10.			Si/No	Si/No
5.			Si/No	Si/No	11.			Si/No	Si/No
6.			Si/No	Si/No	12.			Si/No	Si/No

Información de los ingresos: Favor de llenar para todos los adultos en casa que están trabajando. Tiene que aportar prueba de ingresos (vea adjunto) a Oak Orchard Health (OOH) con esta solicitud.

				¿Con que frecuencia le pagan a esta persona?					
Persona Empleada	Nombre del Empleador	¿Cuántas semanas trabajas al año?	Ingresos (antes de impuestos)	Semanal	Cada 2 semanas	Mensual	Anual	Uso de oficina	
1.			\$						
2.			\$						
3.			\$						
4.			\$						

Otros Ingresos del hogar:

		¿Con que frecuencia le pagan a esta persona?					
Otras fuentes	Ingresos (antes de impuestos)	Semanal	Cada 2 semanas	Mensual	Anual	Uso de oficina	
Pensión Alimenticia	\$						
Manutención de menores	\$						
Seguro Social	\$						
Seguro Social							
Pensión / Retiro	\$						
Pensión / Retiro	\$						
Desempleo	\$						
Seguro Social	\$						
Incapacidad	\$						
Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	\$						
Otro:	\$						
Otro:	\$						

Al firmar abajo, yo doy permiso al empleador de OOH a contactar con cada patrón anotado y/o otras agencias para confirmar mis ingresos. Proveeré a OOH prueba de mis ingresos con el propósito de calcular mi descuento. Tendré que re-aplicar para el programa cada año. Yo estoy de acuerdo con informar a OOH si hay cambios en mis ingresos, tamaño del hogar, o cobertura de seguros. Entiendo que hay algunos servicios y/o artículos a los cuales no se aplicará descuento. Entiendo que la cobertura está sujeta a cambios en cualquier momento. Estoy de acuerdo con pagar mi copago a la hora de recibir servicios. Yo declare que esta información que estoy compartiendo es correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del poder de abogado o guardián: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY:	Total Income:	Expire Date:	Co-Pay:	Pharm/Lab/X-Ray %:
----------------------	---------------	--------------	---------	--------------------

Oak Orchard Health (OOH) – Requisitos para el programa de asistencia

Con el fin de recibir un descuento en los pagos a través del Programa de asistencia, **las solicitudes deben ser llenadas completamente, la documentación adjunta, firmada y fechada en un plazo de 30 días de la fecha en la esquina superior derecha de la aplicación. Si le aprueban para el programa, OOH descontará los servicios a partir de la fecha en la parte superior de la aplicación. Si nosotros recibimos la aplicación después de los 30 días, usted será elegible para futuros descuentos si califica.** Usted recibirá una carta informándole del estado de su solicitud.

Información del hogar: Liste todos los miembros de la familia que viven en su hogar y la información requerida en el formulario. A menudo son los mismos individuos que usted declaró como dependientes en su declaración de impuestos

Información sobre los ingresos: Liste todos los ingresos familiares, imponible y exento de impuestos para usted, su cónyuge / pareja / y dependientes. Estos ingresos incluyen, pero no se limitan a, Salarios y Propinas si las recibe, Pensiones, Anualidades, Beneficios de Veteranos, Prestaciones de la Seguridad Social (Importe neto después de deducciones por Medicare), Pensión Alimenticia, Manutención de Menores, Compensación de Trabajadores, Seguro de Desempleo, Ingresos por Trabajo autónomo, Ingresos del Alquiler, Ingresos Agrícolas y Pequeña Empresa Corporación Ganancias. Asegúrese de indicar la frecuencia de la cantidad del ingreso en el formulario. Si usted es un trabajador de temporada, indique el número de semanas que trabaja durante el año.

Adjunte las siguientes pruebas de documentación de ingresos con la aplicación:

Un (1) mes de sus talones de pagos más recientes que muestran su salario bruto, **O** una carta firmada por su empleador indicando el sueldo bruto del mes actual, **O** una copia de la página 1 y 2 de su última declaración de impuestos federal (Formulario 1040).

Si llena **cualquiera** de los horarios abajo con sus impuestos, necesitaremos una copia:

- Horario C - Ganancia o Pérdida Del Negocio
- Horario F - Ganancia o Pérdida de Agricultura
- Horario E - Ingresos Suplementarios y Pérdida (normalmente relaciona con ingresos por alquiler)
- Horario K-1 - Relacionado con ingresos de compañías y corporaciones

Y, si recibe:

Beneficios del Seguro Social o de la pensión – una copia de la declaración que recibe a principios del año indicando cuáles serán sus beneficios mensuales. Si usted recibe sus beneficios depositado directamente en su cuenta bancaria, necesitaremos una copia del estado de cuenta mostrando tales depósitos.

Pagos de pensión alimenticia y manutención de menores – una copia del documento de la corte o una carta de quien usted está recibiendo los pagos indicando la cantidad abonada, con que frecuencia se hacen los pagos y para quienes son.

El seguro de desempleo – una copia del documento indicando cuáles son sus beneficios, cantidad que recibe por semana y cuando empezaron a recibir beneficios.

Si usted no tiene **ningún** ingreso, necesitamos una declaración firmada por usted indicando la forma en que está siendo apoyado.

Si sus ingresos o información del hogar cambian en los próximos 12 meses, Usted es responsable de informarnos. Tendrá que aplicar para este descuento cada 12 meses.

Si usted tiene cualquier pregunta, por favor llame a (585) -637-3905 - ext. 315 para inglés o ext. 315 para español. **Por favor envíe las solicitudes completas con la documentación adjunta a: Oak Orchard Health Sliding Fee Dept., 300 West Avenue, Brockport, NY 14420 o regrése las a la recepción.**