



OIHN SE PREOCUPA

APLICACIÓN PARA PROGRAMA DE DESCUENTO

CERTIFICACION DE INGRESOS Y DE TAMANO DE FAMILIA

Jefe de Hogar		Número de Teléfono/Célular	
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de Nacimiento del Solicitante	
Para Cada Categoría , Ingrese El Número De Miembros De La Familia En El Hogar			Numero
Adultos (No incluye sus, padres, abuelos, tías, tíos, amigos, compañeros, niños mayores de 18 años)			
Hijos Solteros de (sangre/medio/hijastros) menores de 19 años (No incluyen hijos de crianza)			
Niños por nacer de cualquiera de los miembros de la familia			
Total de miembros de la familia			
Personas sin Hogar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Adolescentes (11-17 de años) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Si es un individuo o adolescente sin hogar, prueba de la evidencia no es necesaria y considerado familia de uno(1)			
Los niños y jóvenes en hogares de crianza serán vistos como una familia de uno (1).			

Ingreso Anual del Hogar				
Fuente	Yo	Cónyuge	Otro	Total Mensual
Sueldos, salaries, propina (mensual)				
Beneficios de Seguro Social				
Pensiones				
Beneficios de veteranos				
Alemonia, Mantenimiento de hijos (mensual)				
Autoempleo (mensual)				
Otros ingreso (mensual)				
Total De Ingresos Mensuales				\$

Lista de Verificación			
Tipo de Documento	Si	No	No se puede obtener
Declaración de impuestos anuales			
Dos talones recientes			
Talon de cheque de discapacidad			
Talon de cheque de Seguridad Suplementario			
Desempleo corriente			
Mantenimiento de hijos			
Otra cuenta de resultados verificables por escrito			

Nota: Para cumplir con las regulaciones federales, para darle un descuento de nuestros servicios médico, es necesario que nosotros hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán en estricta confidencialidad. Usted tiene que verificar sus ingresos por lo menos cada año.

Su declaración de impuestos anual, una copia de su Formulario W-2, talones de cheque del mes pasado, copia de sus cheques de Seguro Social y otros cheques que puede recibir será prueba suficiente. Sus ingresos anuales y el tamaño de su familia serán utilizados para calcular su descuento

Mi Declaración de Ingreso

En este momento, no puedo verificar mi ingreso debido a: _____



OIHN SE PREOCUPA

APLICACIÓN PARA PROGRAMA DE DESCUENTO

CERTIFICACION DE INGRESOS Y DE TAMANO DE FAMILIA

Incluye a su cónyuge y todos los dependientes que son elegibles para el cuidado del programa de tarifas con descuento

Nombre	Fecha De Nacimiento	Nombre	Fecha De Nacimiento
Esposa/Esposo		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	

Adolescentes no se le negara servicios confidenciales a causa de su incapacidad para pagar, incluyendo cualquier saldos pendientes de copagos, deducibles y servicios no cubierto.

Confirmando que lo anterior es verdad y exacto. Me comprometo a informar Oakland Integrated Healthcare Network de cualquier cambio en mis ingresos de manera oportuna. Falta de suministrar verdad, precisa y oportuna información, puede resultar en pérdida de privilegios para escala de tasa deslizamiento.

Firma Del Paciente

Fecha

Para Uso Externo	
Fecha: _____	Escala: _____
Ingresos: _____ Semana / Año / Mes	
Aprobado Por _____	