

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTOS DE HONOR CARES

Toda la información es confidencial y se utiliza exclusivamente con fines internos.

En Honor Community Health, ofrecemos servicios de atención médica a todas las personas, independientemente de su capacidad de pago. También ofrecemos un descuento según el tamaño de su grupo familiar y sus ingresos. Si reúne los requisitos, el descuento se aplicará a los servicios de Honor, incluidas las pruebas de laboratorio. **Los servicios dentales de complejidad no están incluidos en el programa de descuentos.*

Para seguir participando en el programa de descuentos, debe completar una nueva solicitud cada año y aportar pruebas de sus ingresos. Esto nos ayuda a asegurarnos de que le estamos ofreciendo el descuento adecuado y de que está obteniendo los beneficios adecuados. Los documentos de prueba de ingresos aceptables pueden ser:

- Talones de cheques de pago o extractos de depósito directo
- Pagos por discapacidad (formulario W-2, talones de cheques)
- Documentos impositivos (declaración de impuestos, formulario W-2 y formulario 1099)
- Página de declaración del SSI (formulario SSA109)

Complete la siguiente información, aunque tenga seguro.

****Podría ser elegible para un descuento incluso si tiene seguro.**

1 Tamaño del grupo familiar: ¿Cuántas personas viven con usted y comparten gastos?	
Miembro del grupo familiar	Número
Usted	1
Cónyuge o pareja	
Hijos dependientes	
Otros dependientes	



2 Ingresos del grupo familiar: ¿Cuáles son sus ingresos antes de impuestos y deducciones? Si usted o un miembro de su grupo familiar <u>no</u> tienen ingresos, escriba \$0.		
Miembro del grupo familiar	Ingresos	¿Cómo le pagan? Marcar UNO
Usted	\$	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Anualmente
Cónyuge o pareja	\$	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Anualmente
Hijos dependientes	\$	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Anualmente
Otros dependientes	\$	☐ Semanalmente ☐ Mensualmente ☐ Anualmente

Marcar solo UNO:

☐ **ACEPTO** solicitar el programa de descuentos de Honor Cares y confirmo que la información anterior es verdadera y correcta. Acepto informar a Honor Community Health sobre cualquier cambio en mis ingresos. Si no doy información verdadera, correcta y oportuna, perderé mi descuento.

☐ **RECHAZO** solicitar el programa de descuentos de Honor Cares.

EN LETRA DE IMPRENTA: Nombre del

paciente o tutor legal del paciente _____ Fecha de nacimiento del paciente _____

FIRMA del paciente

o del tutor legal del paciente _____ Fecha de hoy _____

56057:00001:2000089188-1

SOLO PERSONAL ADMINISTRATIVO

¿Se aportó prueba de ingresos? ☐ Sí ☐ No

-----> En caso afirmativo, ¿coincide con lo que el paciente documentó anteriormente? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

Documente el importe introducido en Nextgen: \$ _____

Firma del empleado (que revisó e ingresó la información) _____ Fecha de hoy _____