

Solicitud para el Programa de Health Reach Healthcare for the Homeless

VOLTEE Y COMPLETE LA PÁGINA DOS (2) DE LA SOLICITUD

Tipos de ingresos

Sueldos y salarios

- Boletas de pago
- Carta del empleador en papel con membrete de la compañía, firmada y fechada
- Declaración de impuestos sobre la renta firmada y fechada y todos los Anexos actuales
- Registros de negocio/nómina

Trabajo por cuenta propia

- Declaración de impuestos sobre la renta firmada y fechada y todos los Anexos actuales
- Registros de ganancias y gastos/registros de negocio

Beneficios de desempleo

- Carta de concesión / certificado
- Declaración de beneficios mensual del Departamento de Trabajo del NYS
- Impresión de la información de la cuenta del destinatario del sitio web del Departamento de Trabajo del NYS (www.labor.state.ny.us)
- Copia de la tarjeta de pago directo con impresión
- Correspondencia del Departamento de Trabajo del NYS

Seguro Social (Jubilación / Discapacidad)

- Carta de concesión / certificado
- Declaración anual de beneficios
- Correspondencia de la Administración del Seguro Social

Compensación laboral

- Carta de concesión
- Talón de cheque

Manutención de los hijos / Pensión alimenticia

- Carta de la persona que brinda apoyo
- Carta del tribunal
- Talón de cheque de manutención de los hijos/pensión alimenticia
- Copia de NY Epicard con impresión
- Copia de la información de la cuenta de manutención de los hijos de www.newyorkchildsupport.com
- Copia del estado de cuenta que muestra depósito directo

Pago militar

- Carta de concesión
- Talón de cheque

Ingresos por alquiler o habitación/pensión completa

- Carta del habitante, pensionista, inquilino
- Talón de cheque

Intereses/Dividendos/Regalías

- Estado de cuenta reciente del banco, cooperativa de crédito o institución financiera
- Carta del corredor
- Carta del agente
- 1099 o declaración de impuestos (si no hay otra documentación disponible)

Pensiones privadas/Anualidades

- Declaración de pensión / anualidad

Beneficios para veteranos

- Carta de concesión
- Talón de cheque de beneficios
- Correspondencia de Asuntos de Veteranos

Ingresos de las personas en el hogar

Se requiere comprobante de ingresos. Escriba el monto y el tipo de dinero recibido por todos los miembros del hogar que figuran en la Página 1 y adjunte comprobante de ingresos con la solicitud completada.

| Nombre de la persona | Tipo de ingresos (consulte arriba) | Monto de ingresos brutos (antes de impuestos) | ¿Con qué frecuencia se recibe? (semanal, mensual, etc.) |
|----------------------|---------------------------------------|--|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Idioma preferido del paciente/representante legal: _____

Interpretado por (si corresponde): _____

Certifico que la información anterior es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Además, entiendo que se me alienta a solicitar asistencia adicional (Medicaid, Medicare, seguro comercial, etc.) que puede estar disponible para el pago de mis cargos. Tomaré cualquier medida razonablemente necesaria para obtener dicha asistencia y asignaré o pagaré el monto recuperado por los cargos. Si alguna información que he proporcionado resulta ser falsa, entiendo que Regional Health Reach puede reevaluar mi estado financiero y tomar cualquier medida que sea apropiada.

Firma del paciente o parte responsable: _____

Encierre en un círculo (si es teléfono/visita de telesalud): El paciente verbaliza que la información proporcionada hoy por teléfono es precisa

(Nombre)

Fecha

Autodeclaración de ingresos

Si no puede proporcionar una verificación de los ingresos por escrito, complete esta sección.

Por la presente, verifico que, según mi leal saber y entender, la información de ingresos mencionada anteriormente que proporcioné es precisa.

Firma del paciente o parte responsable o visita de telesalud: _____

Fecha: _____

Firma de aprobación: _____

Fecha: _____

- Aprobado Encierre uno en un círculo: Sin copago \$2.00 \$4.00 \$6.00 Responsabilidad total
- No Aprobado