**FORMULARIO DE AUTODECLARACION PARA EL PROGRAMA DE TARIFAS DE PAGO EN ESCALA CENTRO DE SALUD NEIGHBORHOOD HEALTH**

debe ser llenado por el paciente

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A quien le interese:

Yo declaro que el **\*\*monto de mis ingresos en bruto mensuales** es \_\_\_\_\_\_\_ y el **\*\*\*tamaño de mi familia** es de \_\_\_\_\_\_\_ personas.

\*\*Los ingresos en bruto incluyen:

* Empleo \_\_\_\_\_\_\_\_
* Pensión \_\_\_\_\_\_\_\_
* Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_
* Discapacidad \_\_\_\_\_\_\_\_
* Manutención infantil \_\_\_\_\_\_\_\_
* Manutención de pareja \_\_\_\_\_\_\_\_
* Compensación de Trabajadores \_\_\_\_\_\_\_\_
* Desempleo \_\_\_\_\_\_\_\_
* Ingresos adicionales \_\_\_\_\_\_\_\_

\*\*\* El tamaño de la familia incluye:

* Todas las personas que viven en el mismo hogar

*Pido con esta solicitud que Neighborhood Health Center haga una determinación de mi elegibilidad para el programa de tarifas de pago en escala. Entiendo que la información que yo presente en relación con la cantidad de ingresos del hogar y el tamaño de mi familia está sujeta a ser verificada. También entiendo que si la información, que entrego yo, se determina como falsa, seré responsable por el pago de los servicios en su totalidad Al firmar esta solicitud yo afirmo que la información proporcionada es verdadera y correcta según mi entendimiento. Entiendo que es mi responsabilidad informar al Centro de Salud Neighborhood Health de todos los cambios en mi seguro y que dejar de hacerlo significa que seré responsable por la totalidad del pago.*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*Iniciales del Paciente Iniciales del Representante*

Utilice esto para determinar mi elegibilidad en el programa de tarifas de pago en escala.

Atentamente,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del Paciente Fecha**