

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL**

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

**Indique fechas de servicio y verificación; entregue al solicitante como referencia.**

Verificación vence: \_\_\_\_\_

Estimado/a solicitante:

Antes de procesar su Solicitud de Descuento de Tarifa Ajustable, necesitamos comprobar de sus ingresos. Los documentos indicados a continuación son aceptables:

- Talones de pago del ultimo mes
- Beneficios para veteranos;
- Apoyo económico general;
- Compensación al trabajador;
- Formularios W-2;
- Notificación de pension;
- Declaración federal de impuestos del año anterior;
- Verificaciones de ingresos del Seguro Social;
- Pensión alimenticia/manutención de menores;
- Verificación de ingresos por desempleo o discapacidad;
- Estipendios, regalos y donaciones.

Si trabaja por cuenta propia, basta con una copia de su declaracion con el Anexo C, o facturas a sus clientes de los ultimos 3 meses, más registros de depositos y gastos del negocio son suficientes.

Copias de cualquiera de los documentos anteriores nos ayudaran a determinar su elegibilidad.

***Para recibir descuentos bajo este programa, debe devolver los documentos solicitados a Wahiawa Health dentro de 14 días de la fecha de servicio. Si no entrega estos documentos, USTED SERÁ RESPONSABLE DE PAGAR EL COSTO TOTAL DE LA VISITA.***

Se notificara al paciente si fue aprobado o denegado. Si es aprobado, deberá renovar la solicitud dentro antes de que se cumpla un año desde la fecha de aprobación.

***Si se niega a proporcionar información sobre el tamaño de la familia y/o los ingresos, usted o su pariente no clasificarán a ningún descuento, y la solicitud será denegada. La oficina de Finanzas pondrá una nota en la cuenta indicando que la solicitud fue denegada y que el paciente no es elegible.***

Comuníquese con Wahiawa Health si tiene preguntas sobre el Programa de Descuento de Tarifa Ajustable al

**(808) 622-1618** opcion 2 para ser transferido a nuestro Trabajador de Salud Comunitaria o Defensor del Paciente.

Complete este formulario lo mejor que pueda para clasificar a los Descuentos de Tarifa Ajustable. Su información personal no será compartida, divulgada o reportada. **Si necesita ayuda para aplicar al seguro médico, avise en Recepción que desea ver al personal Salud para la comunidad/defensor del paciente**

**INFORMACION DEL SOLICITANTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Dirección residencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo.: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento.: \_\_\_\_\_

**MIEMBROS DEL HOGAR**

—  
¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_ Enumere abajo a quiénes viven en su hogar.

Nombre: \_\_\_\_\_ F. nac.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F. nac.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F. nac.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F. nac.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F. nac.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F. nac.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F. nac.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F. nac.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ F. nac.: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_

**FUENTES DE INGRESO**

	<b>Ingreso anual o bruto mensual</b>	
Nombre del empleador (solicitante):	\$ _____	\$ _____
Nombre del empleador (cónyuge):	\$ _____	\$ _____
Fuente de ingresos no laborales (p. ej., SS, SSDI, TDI, pensión):	\$ _____	\$ _____
Si trabaja por cuenta propia, nombre del negocio:	\$ _____	\$ _____
Otra fuente de ingresos:	\$ _____	\$ _____
Otra fuente de ingresos:	\$ _____	\$ _____
Otra fuente de ingresos:	\$ _____	\$ _____

Se requiere comprobante de ingresos para procesar su solicitud. Se prefiere una copia de su declaración federal de impuestos más reciente como comprobante de ingresos; sin embargo, los documentos indicados a continuación también son aceptables:

- Talones de pago de los últimos tres periodos de pago
- Beneficios para veteranos
- Apoyo económico general
- Compensación al trabajador
- Pension alimenticia/manutención
- Verificación de ingresos por desempleo o discapacidad
- Formularios W-2
- Aviso de pensión
- Declaración federal del año anterior con Anexo B
- Verificaciones de ingresos del Seguro Social
- Declaración federal del año anterior con Anexo C
- Estipendios, regalos y donaciones.

**Complete esta Declaración de Ingresos solo si no tiene ingresos o no puede proporcionar comprobante de sus ingresos.**

**DECLARACIÓN DE INGRESOS**

**Explique por qué no puede proporcionar comprobante de ingresos. Por ejemplo, puede que le paguen sólo en efectivo y no tenga cuenta bancaria; o que cuide a los hijos de familiares, o a padres mayores de edad, a cambio de vivir en su hogar.**

Yo,

Nombre completo del solicitante en letra de molde

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO SEGÚN LAS LEYES DEL ESTADO DE HAWAIÍ QUE HE INFORMADO Y DOCUMENTADO CON EXACTITUD MIS INGRESOS, O LA FALTA DE ELLOS, A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

\_\_\_\_\_ ENTIENDO QUE UNA DECLARACIÓN DE INGRESOS FALSA RESULTARÁ EN EL RETIRO PERMANENTE  
Iniciales DE MI ELEGIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA AJUSTABLE.

\_\_\_\_\_ ENTIENDO QUE ESTE PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA AJUSTABLE SE APLICA SÓLO A SERVICIOS  
Iniciales PRESTADOS  
POR WAHIAWA HEALTH Y WAIALUA HEALTH CENTER.

\_\_\_\_\_ ENTIENDO QUE SERÉ RESPONSABLE DEL COSTO TOTAL DE CUALQUIER SERVICIO RECIBIDO A MENOS QUE  
Iniciales SEA APROBADO PARA EL DESCUENTO DE TARIFA AJUSTABLE.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Este aviso contiene información CONFIDENCIAL destinada solo para uso de Wahiawa Center for Community Health. Su información es importante y confidencial. Nuestra ética y políticas requieren que su información se mantenga en estricta confidencialidad. Si usted NO es el destinatario previsto de esta información, ni es un agente o empleado responsable de entregarla al destinatario previsto, queda notificado de que toda divulgación o copia no autorizada de este aviso, o de la información que contiene, esta estrictamente prohibida.

**SOLO PARA USO DEL PERSONAL**

APROBADO POR \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

TARIFA DE ESCALA AJUSTABLE \_\_\_\_\_

FECHA DE VENCIMIENTO \_\_\_\_\_

FECHA ESCANEADO AL EXPEDIENTE \_\_\_\_\_

FECHA COPIA DE ENTREGA AL PACIENTE \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE AUSENCIA DE  
COMPROBANTE DE INGRESOS**

---

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Dirección residencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

**Proporcione la siguiente información de la persona que brinda apoyo económico al solicitante.**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Dirección. postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Tel. casa: \_\_\_\_\_

Certifico que la información proporcionada en este formulario es completa, verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que brinda apoyo economico

\_\_\_\_\_  
Fecha