

## MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE DE TARIFA VARIABLE DE CUIDADO

El Corredizo Tarifa Escala es a método para Proporcionar reducido honorarios, basado en a del hogar tamaño y ingreso. En orden a ser elegible para este programa, se debe completar y enviar la siguiente solicitud con la siguiente información para todas las personas en el hogar:

- Mayoría reciente Ingreso Impuesto Devolver
- Actual ingreso documentación (ver Política & Procedimiento para ejemplos)

Cabeza de Familiar: Último \_\_\_\_\_ Primero \_\_\_\_\_ MI \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

**FUENTES DE INGRESOS** : Ingreso información requerido para todo familiar miembros. Familiar es considerado todo personas viviendo con tú en la misma dirección.

Fuente	Cantidad	Dos veces		Mensual	Anualmente
		Semanal mente	quincenal		
Salarios y Salarios (Ser)	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Salarios y Salarios (Cónyuge)	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Salarios y Salarios (Otro)	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Pensión/IRA/Keogh Plan	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Trabajadores Compensación	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Social Seguridad (Yo/cónyuge)	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Social Seguridad (Niños)	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
SSI	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Niño Manutención/pensión alimenticia	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Interés Ingreso	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Militares/Veteranos Beneficios	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Desempleo Beneficios	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Público Asistencia	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Otro Familia Miembros	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Otro Ingreso (especificar)	_____	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

**FAMILIAR TAMAÑO** : Lista todo familiar miembros por Nombre, Fecha de nacimiento, y Social Seguridad Número, **incluido tú mismo**

<u>NOMBRE</u>	<u>FECHA</u>	<u>DE NACIMIENTO</u>	<u>SOCIAL SEGURIDAD #</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**POR FAVOR LEER EL SIGUIENTE DECLARACIÓN CON CUIDADO ANTES FIRMA**

Yo, el abajo firmante, he completado esta solicitud de elegibilidad para la tarifa variable y confirmo que esta información es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender. Además, entiendo que cualquier cambio en mi situación financiera y/o familiar debe informarse inmediatamente a Missouri Highlands Health Care. Cuidado y una nueva se debe presentar la solicitud. Entiendo que esta solicitud vence en la fecha determinada por MHHC a continuación y que tengo que volver a presentar la solicitud en ese momento con toda la documentación requerida. Entiendo cualquier falsificación o la falta de información cambios puede resultado en mi ser hecho inelegible para el Corredizo Tarifa ajustes hecho disponible por MHHC. I entender si encontré que se ha producido fraude debido a declaraciones erróneas de ingresos y/o tamaño del hogar para obtener descuentos de tarifa variable, que los descuentos se revertirán y seré responsable del 100% de los cargos y no seré elegible para ningún descuento de tarifa variable en el futuro.

Firma del aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

presenciado por (MHHC representante): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ aprobado \_\_\_\_\_ % de Descuento aprobada Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Provisiones, si cualquier: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Razón denegada : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ pendiente denegada: \_\_\_\_\_

Certificado por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



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

I, \_\_\_\_\_, afirmo que I soy actualmente no trabajando .

Agradecer tú, \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_

Missouri Highlands Health Care

Solicitud de tarifa variable de atención

Del paciente Ser- Declaración Acerca de No presentación de Ingreso Declaraciones de impuestos

I, el abajofirmante, estado eso ni I ni cualquier de mi los miembros del hogar tener archivado un Ingreso Declaración de Impuestos con el Gobierno federal y/o estado de Missouri durante el último año. Confirmando que esta información es verdadero y exacto a lo mejor de mi conocimiento. Además, entiendo que cualquier falsificación o falla para reportar información sobre mi parte será resulta en mi Corredizo Los descuentos de tarifas son inversos y I voluntad pagar 100% de todo cargos de el fecha de esta solicitud hacia adelante.

Firma del aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Testigo (MHHC Representante): \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## Missouri Highlands Health Care

### Requisitos de documentación de la tarifa de diapositiva

#### **Ingreso & Familiar Miembros:**

**1. Terminado Corredizo Tarifa Solicitud**

(incluido cumpleaños y social seguridad números para todo gente viviendo en el hogar)

**2. Mayoría reciente Ingreso Impuesto Devolver para TODO adultos viviendo en el hogar.**

**Y**

**3. Actual ingreso documentación para TODO adultos viviendo en el hogar.**

(cual puede incluir uno o más de lo siguiente):

- Dos mayoría reciente cheque de pago talones para cada laboral miembro de el familiar
- Otro ingreso verificación proporcionó por empleador semejante como a declaración de ganancias durante un período de al menos dos períodos de pago
- Desempleo controlar talón(es) o determinación formas
- Social Seguridad y/o Hecho suplementario Seguridad Ingreso anual declaración de premio
- trabajadores Compensación carta de adjudicación o comprobar copias
- Niño Apoyo/ Pensión alimenticia declaración
- Interés Ingreso declaración
- veteranos Beneficios controlar copias o anual beneficio declaración
- Público dinero de asistencia
- Carta de División de Familia Apoyo verificando familiar ingreso cantidad y miembros del hogar
- Ferrocarril Jubilación carta de premio
- Pensión de retiro otorgar aviso
- Trabajadores por cuenta propia individuos necesidad a proporcionar actual ingreso declaración y Declaración de Renta más reciente con todos los cronogramas
- Si a casa sostener miembro es asistiendo colega con a pell Conceder, entonces proporcionar la carta de adjudicación

\*Si cualquier adulto miembro en el hogar es no laboral, proporcionar a firmado y con fecha de declaración de ellos indicando por qué no están trabajando. Si tú tener cualquier preguntas o necesidad asistencia, por favor sentir gratis a contacto nuestra oficina.