

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 por mes		
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: _____



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.



Corredizo Tarifa Solicitud

del paciente Autodeclaración Acerca de No presentación de Ingreso Impuesto Devoluciones

I, el abajofirmante, estado eso ni I ni cualquier hogar miembros tener archivado un ingreso Impuesto Devolver con el Gobierno Federal y/o Estado de Misuri dentro el pasado año. I confirmar este información es verdadero y preciso a el lo mejor que yo sé. Además, entiendo que cualquier falsificación o falta de información por mi parte dará lugar a que se revierta mi descuento de tarifa variable y pagaré el 100 % de todos los cargos a partir de la fecha de esta solicitud. adelante

del solicitante Firma: _____ Fecha: _____

Testigo (MHHC Representante): _____ Fecha: _____

★ Si aplicable, por favor firmar abajo. **Si no aplicable** , escribir N / A en el Firma línea.

yo, _____ estado eso I soy actualmente no laboral.

del solicitante Firma: _____ Fecha: _____

Testigo (MHHC Representante): _____ Fecha: _____

- Este forma es requerido para **CADA** adulto aplicando para Corredizo Tarifa Solicitud