

MISURI TIERRAS ALTAS SALUD SOLICITUD DE TARIFA ESCALONADA DE CUIDADO

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

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

Cabeza de Familiar: Último _____ Primero _____ MI _____ Teléfono: _____

Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

FUENTES DE INGRESO : Ingreso información requerido para todo familiar Miembros. Familiar es considerado todo personas viviendo con tú En la misma dirección.

<u>Fuente</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Semanalment</u>	<u>Quincenal</u>	<u>Dos veces por mes</u>	<u>Mensual</u>	<u>Anualmente</u>
Salarios y Salarios (Ser)	_____	[]	[]	[]	[]	[]
Salarios y Salarios (Cónyuge)	_____	[]	[]	[]	[]	[]
Salarios y Salarios (Otro)	_____	[]	[]	[]	[]	[]
Pensión/IRA/Keogh Plan	_____	[]	[]	[]	[]	[]
Trabajadores Compensación	_____	[]	[]	[]	[]	[]
Social Seguridad (Yo mismo/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 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, según mi leal saber y entender. Además, comprendo que cualquier cambio en mi situación financiera y/o familiar debe informarse de inmediato a Missouri Highlands Health. Cuidado y una nueva Se debe presentar la solicitud. Entiendo que esta solicitud vence en la fecha que determine MHC a continuación y que debo volver a presentar la solicitud en ese momento con toda la documentación requerida. Entiendo cualquier falsificación o falta de información. cambios puede resultado en mi ser hecho inelegible para el Corredizo Tarifa ajustes hecho disponible por Ministerio de Salud. I entender si encontró que se ha producido un fraude debido a una declaración incorrecta de ingresos y/o tamaño del hogar para obtener descuentos de tarifa variable, que los descuentos se revertirán y será responsable del 100% de los cargos y no será elegible para ningún descuento de tarifa variable en el futuro.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Preparado por: (MHC personal): _____ Fecha: _____

_____ Aprobar _____ Nivel de diapositivas aprobado Fecha de expiracion: _____

Disposiciones, si las hubiere: _____

_____ denegado : _____

_____ pendiente : _____

Certificado por: (Personal de MHC) _____ 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.



Solicitud de tarifa de diapositivas

Autodeclaración del paciente sobre su situación laboral

Yo, _____ el abajo firmante, declaro que actualmente no estoy trabajando.

Confirmando que esta información es verdadera y precisa. Además, entiendo que cualquier falsificación o falta de información por mi parte resultará en la revocación de mi Descuento de Tarifa Variable y pagaré el 100% de todos los cambios a partir de la fecha de esta solicitud.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Testigo (Representante de MHHHC): _____ Fecha:

*Este formulario es necesario para **CADA** adulto que solicite la tarifa variable.