BusOfficeDoc

COMMUNITY HEALTH PARTNERS

Si Usted tiene alguna pregunta sobre como llenar este formulario o la escala de descuento, por favor contacto (406) 922-0864

Elegibilidad de precios variables (Descuento)

Community Health Partners ofrece un descuento de precios variables para todos nuestros servicios (medico, dental, de salud mental) basado sobre el tamaño familiar y los ingresos. Para poder aplicar para el programa, CHP requiere informaciones financieras y prueba de ingresos (declaración de impuestos, boletas de pago, cartas de SSI, etc.). Si Usted no tiene esa documentación o no tiene ingresos (desempleado o sin hogar), le está permitido auto declarar cada 3 meses.

Quisiera aplicar para el programa de la escala de descuento del CHP y puedo proporcionar la documentación solicitada.

Número total de las personas en su hogar con quien Usted comparte los gastos incluyendo Usted mismo, su esposo/a, novi/a, otro miembro familiar y todos los niños. _____

	Nombre Legal	Empleado	Masculino Femenino	Fecha de nascimiento	Paciente del CHP	Relación Usted
1						
2						
3						
4						
5						

Liste todos en su hogar que están empleados, incluyendo esposo/a, novio/a, pareja y niños de 18 años o mayores:

Nombre	Empleador	Ingresos mensuales brutos

Liste cualquier otro ingreso mensual de su hogar (incluyendo SSI para los niños, SANF, indemnización por fallecimiento):

Seguridad Social $_____ Indemnización de trabajador/ Discapacidad $_____ Otros Ingresos $_____

Veteranos $_____ Pensión alimenticia/Manutención de los hijos $_____ Desempleado _____

Desempleo $_____ Intereses/Ingresos de dividendos $_____ No tengo ingresos _____

TANF $_____ Trabajador Autónomo $_____

¿Usted paga pensión alimenticia o manutención de los hijos? _____ Si están documentadas, vamos a deducir estas de los ingresos cuando calculamos su precio variable.

DOCUMENTACION:

Proporcione por los menos una prueba de ingresos para todos los miembros familiares de 18 años o mayores que trabajan.

Usted puede adjuntar una copia o una fotografía de cada elemento. (paginas especificadas)

Documentacion aceptable		
Declaración de los impuestos del 2019 formulario 1040 página 1	Declaración de los impuestos del 2020 formulario 1040 página 1	El W-2 mas reciente
Las ultimas 3 boletas de pago (consecutivas)	Un talón de cheque comprobante del desempleo	Seguridad Social, Retiro, Discapacidad o Carta de los beneficios TANF
Formulario 1099 mas reciente	Carta de su empleador que incluya la tarifa de pago y el promedio de horas trabajadas en una semana	Documentación de manutención de los hijos (por ejemplo, talón de pago o sentencia de divorcio con el importe)

Archivos Adjuntos

☐ No puedo proporcionar documentación o no tengo ingresos que documentar.

Si Usted no tiene ingresos, o no puede proporcionar documentación porque no recibe talones de cheque, no hace la declaración de los impuestos, no tiene una carta de aprobación como por ejemplo del Seguro Social, marque esta casilla y presente el formulario sin documentación. Un miembro del equipo del CHP le dará seguimiento y le ayudará a completar su solicitud.

Los ingresos de su hogar tendrían que ser actualizados:

- Cada 3 meses si Usted no tiene prueba de ingresos debido a desempleo o falta de hogar
- Cada 12 meses si la prueba de ingresos no es su declaración de los impuestos personal
- En cuanto sean rellenados, pero no después del 1 de noviembre del año siguiente, cuando proporcione las informaciones de sus declaraciones de los impuestos

Todas las informaciones en este formulario son una verdadera declaración de los ingresos en este momento. Si proporciono informaciones falsas, puedo ser perseguidos por las leyes federales y estatales. Acepto reportar cualquier cambio dentro de los 30 días de su cambio.

_____ _____

Nombre impreso **Email**

_____ _____

Firma **Fecha**

_____ _____

Dirección: Número y calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal **Teléfono:**

BusOfficeDoc

SCAN: E Label

Doc Desc: CHP Sliding Scale

FOR OFFICE USE ONLY

Weekly:

Total of all checks:

$_____ Divide by 3=

$_____ x52

$_____ yearly total

Bi-monthly(pd twice/Month on set days):

Total of all checks:

$_____ Divide by 3

$_____ x 24

$_____ yearly total

Yearly (gross)

$_____

SSI/Retirement:

Gross before Medicare

Deduction: Gross/month x 12

$_____

Bi Weekly (pd every two weeks):

$_____ Divide by 3

$_____ x 26

$_____ yearly total

Self Statement of Gross Monthly Income:

$_____ x 12

$_____ yearly total

Slide: _____

Start Date: _____

End Date _____

Tax Returns:

For sliding fee applications we only accept individual tax returns which will normally be **Form 1040**

For Tax Year 2018, request pages 1 and 2. For Tax Year 2019, we will only need page 1.

	Tax Year 2019 (exp 11/1/21)	**Tax Year 2020 (exp 11/1/22)**
Adjusted Gross Income	$_____ Page 1, Line 8b	$_____ Page 1, Line 11
Plus Untaxed Social Security	$_____ Page 1: 5a minus 5b	$_____ Page 1, 6a

Plus Yearly amounts of (per month x 12):

$_____		Child Support	$_____
$_____		VA Disability	$_____
$_____		Workers Comp Income	$_____
$_____		TANF	$_____
$_____		= **Total Yearly Income**	**$_____**

Calculations of Household Income:

Total yearly income	$_____		$_____
Less Annual Child Support Paid	$_____	(3 payments documented)	$_____
Less Annual Alimony Paid (if tax return not provided)	$_____	(3 payments documented)	$_____
Annual Household Income	**$_____**		$_____

Entered into F/P Initials: _____

Entered into All Family Members Initials: _____

Entered into Dental Guarantor _____ Initials: _____

Double Checked: Math F/P Family Dental Initials: _____

BusOfficeDoc

SCAN: E Label

Doc Desc: CHP Sliding Scale