

Declaración de elegibilidad para el plan de descuento según los ingresos económicos

Sliding Scale Eligibility Declaration

No se aceptará la solicitud si el formulario no se ha llenado por completo o si no se proporcionan los comprobantes de ingresos.

Applications will not be accepted unless form is filled out completely and proof of income is provided.

Nombre del solicitante (en letras de imprenta)

Applicant Name (please print)

Domicilio

Physical Address

Ciudad

City

Estado

State

Código postal

Zip Code

Dirección postal (si es diferente al domicilio)

Mailing Address (If different from above)

Ciudad

City

Estado

State

Código postal

Zip Code

Teléfono primario (_____) _____

Primary Phone

Otro o teléfono de mensajes (_____) _____

Other or Message Phone

Comprobantes de ingresos: Estos son los comprobantes del ingreso que aceptamos, **entregue todos los que correspondan:**

- **Declaración de impuestos del año previo.** Si es antes del 15 de abril, la declaración del año previo es adecuada. Si es después del 15 de abril, la declaración de este año.
- **Talones de cheque.** Como mínimo, talones de un mes, de preferencia de los últimos tres meses.
- **Declaración del empleador como comprobante de sueldo.** Solo cuando no se usa talones de cheque. *El empleador tiene que llenar la Declaración jurada.*
- **Declaración de servicios de desempleo, sueldo de seguro social o beneficios de alimentos.**
- **Declaración de determinación de ingresos del Departamento de vivienda o Asistencia de energía.**
- **Auto-declaración/Declaración social.**
El paciente completa la Declaración jurada.

Proof of Income Verification: *These are the types of proof we accept, please submit all that apply:*

- ***Previous year's tax return.*** *If prior to April 15th, prior year return is acceptable. If after April 15th, current year's return.*
- ***Paycheck stubs.*** *Minimum of one month, preferably three months' worth of the most recent pay stubs.*
- ***Statement from employer as proof of wages.*** *Only when check stubs are not used. Employer to complete Attestation.*
- ***Statement from unemployment services, Social Security Income or food stamps award letter.***
- ***Statement of income determination from the Department of Housing or Energy Assistance.***
- ***Self-Declaration/Social Declaration.*** *Patient to complete Attestation.*

Información de la familia (debe completarse para todos los familiares en su hogar)

Household Information (must be completed for all household members)

Número de familiares en el hogar: _____

Number of Household Members:

1. **Nombre:** _____
Name:

Fecha de nacimiento: ___/___/___
Date of Birth:

2. **Nombre:** _____
Name:

Fecha de nacimiento: ___/___/___
Date of Birth:

3. **Nombre:** _____
Name:

Fecha de nacimiento: ___/___/___
Date of Birth:

4. **Nombre:** _____
Name:

Fecha de nacimiento: ___/___/___
Date of Birth:

5. **Nombre:** _____
Name:

Fecha de nacimiento: ___/___/___
Date of Birth:

6. **Nombre:** _____
Name:

Fecha de nacimiento: ___/___/___
Date of Birth:

Office Use Only
Para uso interno de la oficina

MRN

*Se pueden agregar familiares adicionales en el reverso de este formulario.

**Additional family members may be added to the back of this form.*

DECLARACIÓN JURADA: Con mi firma, certifico que hasta la fecha las fuentes de ingresos indicadas en este formulario incluyen todos los ingresos en mi hogar y todos los familiares enumerados dependen de esos ingresos exclusivamente. En el caso de que yo proporcionara una explicación para verificar esos ingresos, confirmo que esa cantidad es correcta.

ATTESTATION: By signing below, I confirm that, as of today, the income sources listed include all of my household's income and all members listed are solely dependent on that income. If I provided an explanation to verify the income, I confirm that amount is truthful.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____
Applicant Signature: Date:

Office use only – Para uso interno de la oficina

Total Annual Earnings: \$ _____ **Effective Dates:** _____ **thru** _____

Employee Signature: _____

Class A: _____ **Class B:** _____ **Class C:** _____ **Class D:** _____ **Class E:** _____

Date Given: _____
Date Due: _____
Date Received: _____

Derechos y responsabilidades del paciente con el plan de descuento según los ingresos económicos

Sliding Scale Program Patient Rights and Responsibilities

1. Todo paciente puede solicitar al programa sin importar si tiene seguro médico o no.
 2. El tamaño de la familia son todas las personas que viven en su hogar que dependen de los mismos recursos financieros. Para niños mayores de 18 años, necesitamos una copia de declaraciones de impuestos, comprobantes de ingresos o una declaración firmada.
 3. No se garantiza la aceptación al programa. Se repasará su solicitud y se dará aviso. Si es aprobado para el programa, se debe pagar por servicios a la hora de las visitas.
 4. Se prefiere que los pacientes entreguen la solicitud completa con todos los comprobantes de ingresos antes de recibir cuidado médico. Si eso no es posible, entregue la solicitud dentro de 10 días laborales. Las solicitudes recibidas después de 10 días laborales entrarán en vigencia a partir de la fecha de recepción. Se espera el pago completo por servicios no cubiertos por el programa.
 5. Los pacientes pueden volver a solicitar al programa en cualquier momento. Cada solicitud se documentará y el requisito de los 10 días laborales comenzará de nuevo.
 6. No todos los servicios proporcionados en la clínica son cubiertos por este programa. Algunos ejemplos de servicios no cubiertos son:
 - a. Exámenes físicos relacionados con el trabajo o pruebas de drogas
 - b. Servicios de análisis externos
 7. El avalista de esta cuenta es responsable de los pagos pendientes para todas las personas enumeradas en esta solicitud. Si la cuenta se envía a una agencia de cobros, usted es responsable de todos los saldos de cuenta y cargos de la agencia de cobros.
 8. No daremos copias de los documentos proporcionados con esta solicitud.
 9. Puede que necesitemos información adicional para verificar sus ingresos o el tamaño de su familia.
 10. Se debe notificar a Mosaic Medical de inmediato de cualquier cambio en ingresos, situación de vivienda o estatus de seguro médico del paciente. Si no se notifica a Mosaic Medical de los cambios, es posible que el paciente ya no sea elegible para el programa.
1. *All patients may apply for the program whether or not you have insurance.*
 2. *The household size is everyone in the house living off of the same financial resources. For children over 18, we need a copy of tax returns, current income documents or a signed statement.*
 3. *Acceptance into the program is not guaranteed, your application will be reviewed and notification provided. If approved for the program, payment for services is due at the time of the visits.*
 4. *We prefer patients turn in a complete application with all proof of income before receiving care. If that is not possible, applications are due within 10-business days. Applications received after 10-business days, will be considered effective the date they are received. Full payment for services not covered by the program will be expected.*
 5. *Patients may re-apply for the program at any time. Each application will be documented and the 10-business day requirement will re-start.*
 6. *Not all services provided in the clinic are covered under this program. Some examples of non-covered services are:*
 - a. *Work related physicals or drug screens*
 - b. *External testing services*
 7. *The guarantor of this account is responsible for payments due for anyone listed on this application. If the account is sent to a collection agency, you are responsible for all collection agency account balances and fees.*
 8. *We will not provide copies of the documents given with this application.*
 9. *We may need additional information to verify your income or household size.*
 10. *Any changes to a patient's income, living arrangements or insurance status must be shared with Mosaic Medical immediately. If Mosaic Medical is not notified of changes, patient may no longer be eligible for the program.*

Al firmar a continuación, autorizo a Mosaic Medical verificar la información en la solicitud y confirmo que he leído y entiendo los Derechos y responsabilidades del paciente.

By signing below, I authorize Mosaic Medical to verify the information on the application and confirm that I have read and understand the Patient Rights and Responsibilities.

Firma del solicitante

Signature of Applicant

Fecha

Date

Nombre y apellido en letras de imprenta

Printed name of the applicant

Plan de descuento según los ingresos económicos: DECLARACIÓN JURADA

Sliding Scale Program: ATTESTATION

**Solo debe llenarse si no proporciona comprobantes de ingresos o si se necesita más información.
Llene todas las secciones que correspondan.**

Only to be completed if proof of income is not provided or additional information needs to be provided. Please complete all sections that apply.

Nombre del solicitante: _____
Applicant's Name

Fecha: _____
Date

Si no tiene ingreso y se aloja con amigos/familia, que estos llenen esta sección:

If you have no income and are staying with friends/family, have them complete this section:

Esta carta verifica que no está empleado actualmente y no tiene ingreso.
This letter verifies that *is presently unemployed and has no income.*
Nombre del paciente (Patient's Name)

Vive conmigo y contribuyo \$ al mes a su manutención.
S/he is residing with me and I am contributing *per month to his/her support.*

Nombre del contribuyente: _____
Contributor's Name

Nº telefónico: _____
Phone number

Firma del contribuyente: _____
Contributor's Signature

Fecha: _____
Date

Si tiene trabajo y no puede proporcionar comprobantes de ingresos porque no recibe talones de cheque, pida a su empleador que llene la sección siguiente:

If you are employed and are unable to provide proof of income because you do not receive paycheck stubs, have your employer complete the following section:

is currently employed at
Employee's name/Nombre del empleado *trabaja actualmente para* *Name of company/Nombre de compañía*

This employee's rate of pay is \$ per month.
Este empleado recibe un sueldo de *al mes.*

Employer Name: _____
Nombre del empleador

Phone Number: _____
Nº telefónico

Employer Signature: _____
Firma del empleador

Date: _____
Fecha

Para cualquier otra situación llene esta sección:

For all other situations complete this section:

Yo, _____, por la presente declaro que _____

I, (Applicant's name), hereby declare that ...

Firma: _____
Signature

Fecha: _____
Date