HUDSON HEADWATERS HEALTH NETWORK
9 Carey Road, Queensbury, NY 12804
Número de Teléfono: (518) 824-8640 –Número de Fax: (518) 824-2309
Correo Electrónico: SFPRXASSIST@hhhn.org

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE CUOTA DESLIZANTES

Nuestro programa de tarifas deslizantes ayuda a poner la asistencia financiera a disposición de las personas y familias elegibles que reciben servicios de atención médica en nuestra red. Para solicitarlo, proporciónela información y documentación solicitada continuación. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar su solicitud, llame al número anterior y estaremos encantados de ayudarle.

Solicitante:

Nombre y Apellido: _____ Género (círculo uno): M / **F** Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Correo electrónico: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dependientes/Los miembros del hogar:

Nombre y Apellido: _____ Género (círculo uno): M / **F** Fecha de nacimiento:_____

Nombre y Apellido: _____ Género (círculo uno): M / **F** Fecha de nacimiento:_____

Nombre y Apellido: _____ Género (círculo uno): M / **F** Fecha de nacimiento:_____

Nombre y Apellido: _____ Género (círculo uno): M / **F** Fecha de nacimiento:_____

Por favor, utilice la parte posterior de esta página si necesita agregar más personas. Los "miembros del hogar" son personas que viven en su hogar.

Incluya los siguientes documentos con su solicitud:

- **Comprobante de seguro médico (si lo tiene):** Copias de cualquier tarjeta de seguro médico, si tiene cobertura de seguro. Esta información *no* afectar su potencial escala de descuento.

- **Comprobante de ingresos brutos (para todos los adultos empleados en su solicitud):**
  1. **¿Presentó impuestos federales sobre la renta para el año fiscal más reciente? Sí ☐ No ☐**
     En caso afirmativo, proporcione las Declaracione de impuestos federales sobre la renta presentadas más recientemente (Formulario 1040) con el Horario 1 adjunto para todos los miembros del hogar que figuran en su solicitud, incluidos los dependientes.
  2. Los talones de pago fechados dentro de los últimos 30 días para todos los miembros del hogar empleados de 18 años o más. En lugar de los talones de pago, usted puede proporcionar una de estas otras pruebas de ingresos:
     - Carta de determinación del desempleo
     - Carta de exterminio del Seguro Social
     - Cuenta mensual de resultados de alquiler
     - Declaración mensual de pensión alimenticia
     - Otra cuenta de resultados mensual

- **Estado de no ingresos (para todos los adultos desempleados en su solicitud):** Cada miembro del hogar desempleado de 18 años o más debe escribir, fechar y firmar un estado de cuenta explicando cómo se les apoya.

Doy permiso a **Adirondack Health Institute (AHI)** para que se comunique conmigo para hablar sobre las opciones de seguro del estado de Nueva York: (Medicaid, Child Health Plus, Healthy New York) **Sí** ☐ **No** ☐

Certifico que la información que he dado es verdadera y correcta. Entiendo que, al firmar esta solicitud, doy permiso Hudson Headwaters Health Network para verificar y confirmar esta información.

_____

Firma **Fecha de firma**