



**Documentación de prueba de ingresos**

Los pacientes que eligen participar en el Programa de Descuento de Escala Móvil deben proporcionar documentación para cada miembro del hogar mayor de 18 años para verificar los ingresos del hogar. Consulte la lista a continuación y proporcione la documentación más reciente para todas las situaciones de ingresos que correspondan.

\*\*Si declara que no tiene ingresos, debe completar la Carta de apoyo financiero de 219 Health Network y la persona de apoyo deberá proporcionar cualquier forma de documentación que se enumere a continuación. \*\*

Fuente de ingresos	Frecuencia	Documentación Requerida	Se Necesitan Formularios Adicionales
Empleo con la empresa/organización (Salario, salarios, propinas de empleo)	Semanal Quincenal Mensual	Dos recibos de pago más recientes de los últimos 30 días O Declaración de impuestos más reciente (firmada) y W-2	Si se paga en efectivo, declaración en papel membretado del empleador que indique las horas trabajadas y las ganancias.
Trabajo por cuenta propia	Semanal Quincenal Mensual	Declaración de impuestos más reciente, incluido el anexo C O 3 meses de extractos bancarios	219HN- Carta de Trabajo por Cuenta Propia
Actualmente desempleado	Semanal Quincenal Mensual	Carta de beneficios de desempleo o informe semanal de reclamos que muestre el ingreso bruto actual	
Beneficios de Compensación para Trabajadores	Semanal Quincenal Mensual	Carta de adjudicación de beneficios de compensación para trabajadoras que muestra la distribución bruta	
Beneficios por discapacidad a corto / largo plazo	Semanal Quincenal Mensual	Talones de pago más recientes que muestran el ingreso bruto por beneficios por discapacidad durante los últimos 2 meses	
Seguro Social o Ingresos por Discapacidad (SSI/SSDI)	Semanal Quincenal Mensual	Carta de adjudicación del año actual O Declaración de impuestos más reciente (firmada) y W-2	
Beneficios de jubilación (pensión)	Semanal Quincenal Mensual	Carta o estado de cuenta de beneficios que muestre el monto bruto distribuido O Declaración de impuestos más reciente (firmada) y W-2	
Asistenta Temporal para Familias Necesitadas (TANF)	Semanal Quincenal Mensual	Carta de determinación de beneficios	
Pensión alimenticia o manutención de los hijos	Semanal Quincenal Mensual	Registro de pagos recibidos (extracto bancario, copia de cheque, etc.) o copia de orden judicial	
Sin ingresos	Semanal Quincenal Mensual	Dos recibos de pago más recientes de los últimos 30 días de la persona de apoyo O Declaración de impuestos más reciente (firmada) y W-2	219 HN Carta de apoyo financiero, copia de la identificación de la persona de apoyo

**CERTIFICO QUE:**

La información indicada en la solicitud es una declaración precisa y completa de mi estado financiero. Entiendo que la falsificación deliberada y / u omisión de la información contenida en esta solicitud resultará en la denegación. He declarado todas las fuentes de ingresos según lo solicitado.

Entiendo que debo volver a solicitar el programa de descuento de tarifa móvil cada 12 meses y acepto que es mi responsabilidad notificar a 219 Health Network sobre cualquier cambio en los ingresos anuales, el tamaño de la familia y otras circunstancias en cualquier momento durante el año aprobado. También entiendo que si yo/nosotros no estamos de acuerdo con alguna decisión con respecto a esta solicitud, tenemos el derecho de solicitar la solicitud y la decisión sea revisada por el Director Ejecutivo de 219 Health Networks o su designado.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_