Sliding Scale Application

Puede ser elegible para nuestro programa de descuento de tarifa variable si tiene dificultades financieras. Complete la información a continuación y envíe la documentación requerida dentro de los próximos 14 días. Procesaremos su solicitud para determinar si califica para nuestro programa.

Información del Solicitante			
Nombre:		Fecha de nacimiento:	
Dirección:	*Last* *First* *M.I.*		
	Nombre de la calle	*Apartamento/Unidad #*	
	Ciudad *Estado*	*Código Postal*	
Teléfono No.		No de Seguridad Social.:	
Estado Civil:	☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Viudo(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a)		
Información de Empleo			
Empleador			
Salario por Hora		Frecuencia de pago	☐ Semanal ☐ Quicenal ☐ Mensual
Cónyuge Empleador			
Salario por Hora		Frecuencia de pago	☐ Semanal ☐ Quicenal ☐ Mensual

Por favor, haga una lista de todos los dependientes reclamados en la declaración de impuestos o que serían reclamados. Se requieren certificados de nacimiento, si no se presentaron impuestos.				
Nombre Completo	Fec. Nac.	Relación	Aplicar por Sliding Scale	Ingreso Mensual
		Cabeza de Familia	☐ Si ☐ No	$
			☐ Si ☐ No	$
			☐ Si ☐ No	$
			☐ Si ☐ No	$
			☐ Si ☐ No	$

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: _____

Sliding Scale Application Requirements

Si necesita asistencia financiera, requerimos un comprobante de ingresos para el hogar con el fin de completar la revisión de su solicitud. Incluya todos y cada uno de los documentos que sean aplicables a su hogar. Envíe **copias** de la información solicitada, los originales no serán devueltos.

Lista de elementos que debe presentar con su solicitud y que se aplican a su situación:

- Copias de los talones de pago de los últimos 30 días, para usted y su cónyuge (si están casados) o la declaración de impuestos 1040 firmada del año pasado (prueba de dependientes), lo que refleje los ingresos más actuales. Si se paga en efectivo, declaración en papel membretado del empleador que indique las horas trabajadas y los ingresos.

- Si está separado o se ha divorciado recientemente de su cónyuge, requerimos documentos legales de los tribunales (sentencia de divorcio, acuerdo de separación, etc

- Si trabaja por cuenta propia, Carta de trabajo por cuenta propia 219HN, la declaración de impuestos 1040 firmada del año pasado, junto con una hoja de pérdidas y ganancias actual o el Anexo C y el Anexo 1 de la declaración de impuestos firmada del año pasado. Si se paga en efectivo, carta que indique las horas trabajadas, los ingresos y la frecuencia.

- Copia de la declaración actual de pensión o beneficios de jubilación.

- Comprobante de desempleo actual o beneficios de TANF.

- Copia de la carta de adjudicación actual del seguro social/discapacidad, para usted y su cónyuge (si está casado) y/o un estado de cuenta bancario que muestre el depósito directo.

- Si no tiene ingresos, 219HN Financial letter of support de familiares o amigos, que no sean cónyuge, que documente el apoyo financiero que le están brindando. Debe proporcionar pruebas que demuestren cómo está llegando a fin de mes (pagar el alquiler, los servicios públicos, vivir con familiares o amigos, etc.). Copias de los talones de pago de los últimos 30 días de familiares/amigos que brindaron apoyo financiero.

**** LA SOLICITUD DEBE ESTAR FIRMADA, FECHADA Y DEVUELTA CON COMPROBANTE DE INGRESOS PARA QUE EL HOGAR SEA PROCESADO.**
DEVUÉLVALO DENTRO DE LOS 14 DÍAS POR CORREO POSTAL O CORREO ELECTRÓNICO

100 W. Chicago Ave.
Suite F
East Chicago, IN 46312
219HNFinancialCounselors@219health.org