



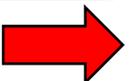
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS EN PROPORCIÓN AL INGRESO FAMILIAR y FORMULARIO DE COMPROBACIÓN DE INGRESOS

Los pacientes que llenen este formulario y proporcionen algún comprobante de ingresos pueden ser elegibles para recibir descuentos por parte de Unity NW en servicios médicos, dentales, de salud conductual y de farmacia que no estén cubiertos por su seguro médico.

Paciente o Nombre de la persona que llena el formulario:	Fecha de nacimiento del paciente o persona que llena el formulario:
Dirección postal:	Número de teléfono: ¿Podemos dejar un mensaje detallado en este número de teléfono? SÍ o NO
Dirección física (si es diferente a la dirección postal):	Dirección de correo electrónico:

En el siguiente apartado, mencione la información de los **integrantes de la familia de todas las personas incluidas en su declaración fiscal:**

Relación con usted	Nombre completo	Fecha de nacimiento	¿Es paciente en UCNW?		¿En la actualidad cuenta con seguro médico?		¿Tiene empleo?		Ingreso <u>mensual</u> bruto (antes de impuestos y deducciones)	Fuente de ingresos (seguridad social, seguro de desempleo, trabajo, familia, entre otras)	¿Se declarará como persona dependiente a efectos fiscales para este año?	
			SÍ	NO	SÍ	NO	SÍ	NO			SÍ	NO
USTED									\$			
CÓNYUGE									\$			
DEPENDIENTE									\$			
DEPENDIENTE									\$			
DEPENDIENTE									\$			
DEPENDIENTE									\$			
DEPENDIENTE									\$			



Con el objetivo de evaluar su ingreso familiar para recibir descuentos en los servicios, deberá proporcionarnos uno de los siguientes documentos para comprobar sus ingresos utilizando la metodología MAGI:

- Recibos de pago que muestren los ingresos (sueldos, salarios, propinas y comisiones) de los últimos 30 días
- Declaración de impuestos personal o de trabajo independiente IRS 1040 que muestre los ingresos netos del último año por realizar trabajos por cuenta propia o en una empresa
- Recibos de pago del seguro de desempleo que muestren los ingresos de los últimos 30 días
- Carta de concesiones o prestaciones de otras fuentes de ingresos (seguridad social, prestaciones de veterano) del año en curso
- Comprobantes de otros tipos de ingresos familiares (pensión alimenticia/manutención conyugal, ingresos por jubilación y pensión, ingresos derivados de inversiones y alquiler, distribuciones per cápita provenientes de apuestas en casinos de tribus nativas)
- Estados de cuenta de todas las cuentas de los últimos 60 días. NOTA: Esto no aplica para personas con empleo quienes deberán presentar los recibos de pago de nómina
- Sin ingresos: notifique al personal de la recepción o de O&E al momento de devolver el formulario y llene el formulario de declaración personal de UCNW

- No deseo presentar una solicitud al programa de descuento en proporción al ingreso familiar
- No acepto compartir información sobre mis familiares o ingresos

Al firmar el formulario acepto que la información anterior es correcta y que he notificado todas las fuentes de ingresos. Me comprometo a informar sobre cualquier cambio en mis ingresos y a volver a presentar la solicitud cada año aun cuando no haya cambios. En caso de no cumplir con estas condiciones entiendo que puedo perder el derecho al programa de descuentos de Unity Care NW.

Firma: _____

Fecha de hoy: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE LA OFICINA DE UCNW

Income Source Received:	Type:	Amount:	Type:	Amount:
	Type:	Amount:	Type:	Amount:
Total Household Income:				
Total Number in Household:				
Slide Discount Determination/Date:				