Icon

Description automatically generated**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA MÓVIL y FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS**

Al completar este formulario y proporcionar constancia de ingresos, los pacientes podrán cumplir los requisitos para recibir descuentos en servicios médicos, dentales, de salud del comportamiento y en servicios de farmacia en Unity NW que no cubra el seguro médico.

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

**Suministre la información de todos los miembros de su grupo familiar incluidos en su declaración de impuestos:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Relación con usted | Nombre completo | Fecha de nacimiento | ¿Es paciente en UCNW? | | ¿Actualmente tiene cobertura de seguro médico? | | ¿Trabaja? | | Ingreso **mensual** bruto  (Antes de impuestos y deducciones) | Fuente de ingresos (Seguro Social, desempleo, trabajo, familia, etc.) | ¿Serán declarados como dependientes en alguna declaración de impuestos este año? | |
| SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO | SÍ | NO |
| USTED MISMO |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |
| CÓNYUGE |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |
| DEPENDIENTE |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |
| DEPENDIENTE |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |
| DEPENDIENTE |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |
| DEPENDIENTE |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |
| DEPENDIENTE |  |  |  |  |  |  |  |  | $ |  |  |  |

**Con el fin de determinar con precisión si su grupo familiar cumple los requisitos para recibir un descuento en los servicios, debe proporcionar uno de los siguientes documentos para verificar sus ingresos:**

**Página 2 - Pasar página**

* Talones de pagos salariales que muestren los ingresos (sueldos, salarios, propinas y comisiones) de los últimos 30 días
* Declaración de impuestos IRS 1040 personal/de autoempleo que muestre los ingresos brutos comerciales o de trabajos por cuenta propia del año anterior
* Talones de pago de desempleo de los últimos 30 días
* Carta de beneficios/otorgamiento de otras fuentes (Seguro Social, beneficios de veteranos) de este año
* Constancia de otros tipos de ingresos del grupo familiar (ingresos por cuota alimenticia/manutención conyugal, ingresos por jubilaciones y pensiones, ingresos en concepto de inversiones y alquileres, distribuciones per cápita por casinos tribales)
* Extractos bancarios de los últimos 60 días de todas las cuentas - NOTA: Si trabaja bajo relación de dependencia, deberá presentar los talones de pagos cuando disponga de ellos
* Si no tiene ingresos, sólo paga en efectivo o no dispone de constancia de ingresos, comuníqueselo al personal de recepción/OyE al devolver este formulario y se le facilitará otro.

*Al firmar a continuación, acepto que la información que antecede es correcta y que se han informado todas las fuentes de ingresos. Informaré de cualquier cambio en los ingresos y volveré a presentar la solicitud cada año, aunque no se hayan producido cambios. Si no cumplo estas condiciones, me pueden descalificar para recibir futuros descuentos de Unity Care NW.*

**Firma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **FOR UCNW OFFICE STAFF USE ONLY** | | | | |
| Income Source Received: | Type: | Amount: | Type: | Amount: |
| Type: | Amount: | Type: | Amount: |
| Total Household Income: |  | | | |
| Total Number in Household: |  | | | |
| Slide Discount Determination/Date: |  | | | |

Updated 07/08/2024