

Solicitud de programa de Escala de Descuento Móvil

Nombre del solicitante (Apellido, Primer Nombre, Segundo Nombre)		Correo Electrónico		
Número de teléfono (casa)		Numero de celular		
Dirección donde reside	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Dirección postal (Calle o PO Box)	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

Información del hogar: Los miembros de la familia que son considerados para los criterios de elegibilidad para el programa de escala de descuento incluyen a las siguientes personas que viven en el mismo hogar:

- Paciente
- Cónyuge (incluido el matrimonio entre personas del mismo sexo reconocido por la jurisdicción de los Estados Unidos)
- Cualquier adulto mayor de 18 años dentro del hogar
- Niños de hasta 18 años o hasta 24 años o son estudiantes de secundaria o universitarios
- Pacientes ancianos que dependen de sus hijos para su apoyo o que se reclaman como dependientes.

Nombre (Apellido, Primer nombre completo)	Parentesco	¿Aplicando? <i>Si/No</i>	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo	Raza	Etnicidad	Estado Civil
(1)	Yo mismo							
(2)								
(3)								
(4)								
(5)								
(6)								
(7)								
(8)								

Raza		Etnicidad		Estado Civil	
B- Afroamericano	OPI- Hawaianos u otras islas del Pacifico	HL Hispano o latino	D-Divorciado/a	M-Casado(a)	
T- Dos o más razas	AI- indio/a americano/ Nativo de Alaska	NH No hispano	S- Soltero/a	SP- Separado	
W- Blanca	A- asiática		W- Viudo/a	DP- Unión Libre	

Escriba todas las personas que reciben ingresos

Nombre de la persona que recibe ingresos(18 años y mayores)	Fuente de Ingresos	Cantidad Recibida	¿Con que frecuencia se reciben los ingresos? (Semanal, Quincenal, Mensualmente)
(1)			
(2)			
(3)			
(4)			
(5)			
(6)			

¿Alguien en el hogar recibe Medicaid/CHIP/Medicare/Seguro médico de asistencia del condado/ Seguro Dental?

Si No

Tenga en cuenta que TOMAGWA sigue las Pautas Federales de Pobreza establecidas por el Gobierno de los Estados Unidos para el año en curso para determinar su elegibilidad. TOMAGWA se reserva el derecho de verificar y determinar la validez de todos los documentos presentados con su solicitud. La falsificación de cualquier información y/o documentación lo descalificara para recibir servicios.

La contribución es debida y pagadera en el momento del servicio. Se requiere la recalificación del servicio. Se requiere la recalificación anualmente en la fecha de aniversario de su elegibilidad para mantener la participación en el programa. El Programa de Escala de Descuento de TOMAGWA no es un seguro de salud. Tiene 30 días o antes de su segunda visita para devolver toda la documentación/ verificación de ingresos para calificar para la Escala de Descuentos. Es imperativo mantener todas las citas para su continuación de la atención médica y, como su responsabilidad del paciente, informe a TOMAGWA al menos 24-48 horas si necesita cancelar su cita.

ANTES DE FIRMAR, ASEGURESE DE QUE CADA RESPUESTA ESTE COMPLETA Y SEA CORRECTA.

Declaro que toda la información es verdadera y correcta. Además, acepto notificar a TOMAGWA de cualquier cambio en esta información dentro de los diez (10) días posteriores a dicho cambio.

Firma de solicitante:	Fecha:
------------------------------	---------------