

2017 ELIGIBILIDAD PARA DESCUENTO EN VGMHC Y VERIFICACION DE INGRESOS

Verificación de Ingresos Para Solicitar la Cuota del Descuento Entiendo que para recibir el descuento de acuerdo a mi capacidad económica, debo entregar verificación adecuada de mi ingreso familiar. Entiendo que la información que yo entregue en esta forma va a estar sujeta a ser verificada por VGMHC. En caso de ser falsa yo podría ser responsable por los cargos en un 100% por los servicios. Al firmar esta forma, estoy verificando que esta información es verdadera y exacta lo mejor que pueda. Notificare a la Institución dentro de 6 meses de cualquier cambio en ingresos, seguro médico o tamaño de familia. Doy mi consentimiento para divulgar mi información a los fabricantes de productos farmacéuticos o a sus designados para fines de auditoria.

Firma del Paciente/Representante Legal

Fecha

Descuento:

Representante de VGMHC

VGMHC Empleado: Marque si la **Información de Ingresos es con el fin de Colectar Datos**
 Para obtener información demográfica solamente y no para calcular elegibilidad para el descuento. En estos casos no es necesario los nombres de los miembros de la familia, solamente el tamaño de la familia y el ingreso mensual. Pacientes con aseguranza privada/comercial que desean un descuento en su co-pago deben presentar prueba de ingresos. Toda información financiera se guarda de forma confidencial.

Otras razones para usar esta forma (marque una): SSI MSFW HMLS UI/U PIC

Describe la fuente de ingresos si esta aplicando por un descuento y no tiene seguro: _____

Para el Paciente/Representante Legal:

Utilice la gráfica de abajo para encontrar la línea que tiene el número de personas que viven en su hogar. En dicha línea, circule el ingreso mes de la familia antes del pago de los impuestos.

Tamaño de Familia	Ingreso Mensual Igual o menos que:	Ingreso Mensual	Ingreso Mensual	Ingreso Mensual	Ingreso Mensual Más que:
% de Nivel de Pobreza	100%	101% - 125%	126% - 150%	151% - 200%	201% - 250%
1	\$1,005.00	\$1,005.01- \$1,266.20	\$1,266.21- \$1,507.50	\$1,507.51- \$2,010.00	\$2,010.01- \$2,512.50
2	\$1,353.33	\$1,353.34- \$1,705.06	\$1,705.07- \$2,030.00	\$2,030.01- \$2,706.66	\$2,706.67- \$3,383.33
3	\$1,701.66	\$1,701.67- \$2,143.92	\$2,143.93- \$2,552.49	\$2,552.50- \$3,403.32	\$3,403.33- \$4,254.15
4	\$2,050.00	\$2,050.01- \$2,582.80	\$2,582.81- \$3,075.00	\$3,075.01- \$4,100.00	\$4,100.01- \$5,125.00
5	\$2,398.33	\$2,398.34- \$3,021.66	\$3,021.67- \$3,597.50	\$3,597.51- \$4,796.66	\$4,796.67- \$5,995.83
6	\$2,746.66	\$2,746.67- \$3,460.52	\$3,460.53- \$4,119.99	\$4,120.00- \$5,493.32	\$5,493.33- \$6,866.65
7	\$3,095.00	\$3,095.01- \$3,899.39	\$3,899.40- \$4,642.50	\$4,642.51- \$6,190.00	\$6,190.01- \$7,737.50
8	\$3,443.33	\$3,443.34- \$4,338.25	\$4,338.26- \$5,165.00	\$5,165.01- \$6,886.66	\$6,886.67- \$8,608.33
9	\$3,791.66	\$3,791.67- \$4,777.11	\$4,777.12- \$5,687.49	\$5,687.50- \$7,583.32	\$7,583.33- \$9,479.15
10	\$4,140.00	\$4,140.01- \$5,215.99	\$5,216.00- \$6,210.00	\$6,210.01- \$8,280.00	\$8,280.01- \$10,350.00
	Familias con más de 10 agregar \$348.33 por persona:	\$ _____			

Opcional Pacientes solicitando un descuento:

Ponga su nombre y los nombres de TODAS las personas que vivan con usted:

Miembros del Hogar	Nombres	Fechas de Nacimiento
Usted		
Pareja		
Otro:		
Otro:		
Otro:		
Otro:		