



## CENTRO DE SALUD MENTAL DEL SUR DE IOWA

SOLICITUD DE ESCALA DE TARIFAS VARIABLES

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_

Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Cremallera: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono móvil: \_\_\_\_\_

¿Está actualmente cubierto por algún plan de seguro médico?: Sí No

En caso afirmativo, ¿cómo se llama el plan?: \_\_\_\_\_

Detalles del ingreso mensual bruto: \_\_\_\_\_

Número de adultos en el hogar: \_\_\_\_\_

Número de niños en el hogar: \_\_\_\_\_

Actualmente empleado: Sí No

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Tiempo completo    Tiempo parcial    Estacional    Otro: \_\_\_\_\_

Fuente	Ser	Cónyuge	Otro	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Compensaciones por desempleo, compensación laboral, seguridad social Ingresos, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos de jubilación				
Ingresos por intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa el hogar y misceláneos. fuentes				

Ingresos totales				
------------------	--	--	--	--

Es posible que se requiera prueba de ingresos con esta solicitud, incluidos, entre otros, recibos de pago, declaraciones de impuestos, etc.

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra es correcta:

Nombre: \_\_\_\_\_ (Imprimir) Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

SÓLO PARA USO DE OFICINA

-----

Ingreso familiar BRUTO anual: \_\_\_\_\_ # Personas en el hogar \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_%PGL

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

\_\_\_\_\_ Elegible para recibir asistencia \_\_\_\_\_ No elegible para recibir asistencia

\_\_\_\_\_ % de la tarifa adeudada por el cliente \_\_\_\_\_% \_\_\_\_\_ % de la tarifa adeudada por la subvención \_\_\_\_\_%

Fecha efectiva: \_\_\_\_\_ Fecha de caducidad: \_\_\_\_\_

Firma de autorización: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Cuando se completa el formulario:

\_\_\_\_\_ Original escaneado en Chart y enviado por correo electrónico a Angie con información de aprobación

\_\_\_\_\_ Alerta puesta en Credible y subvención en bloque del DHS de Iowa agregada como seguro

\_\_\_\_\_ Cliente notificado por el personal Fecha: \_\_\_\_\_ Iniciales del personal: \_\_\_\_\_