



### Declaración Financiera Confidencial

Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Health Help, Inc. es requerido por la Oficina de Cuidado Medico Primario a obtener prueba de ingresos de los pacientes cada año. Usamos la prueba de ingresos, así como la información en esta forma, para que podamos determinar la cantidad del descuento en los servicios para usted y su familia.

**NO PODEMOS PROPORCIONAR UN DESCUENTO SIN ESTA INFORMACION.**

Es necesario que usted nos proporcione verificación de ingresos antes de su próxima visita a esta facilidad de Health Help, Inc. La falta de proporcionar prueba de ingresos antes de su próxima visita va a resultar en pago completo de los cargos de su visita. Si la verificación de ingresos no es recibida antes de su próxima visita o en 30 días (lo que ocurra primero), usted será responsable por el resto de los cargos de hoy. (iniciales)\_\_\_\_\_

Favor de completar las declaraciones siguientes tan exacta y completamente como le sea posible. Health Help, Inc. reserva el derecho de retirar descuentos por la falta de proporcionar información correcta.

La información en este formato va a ser confidencial y va a ser usada solamente para el propósito de determinar el nivel del descuento para el paciente, y para inscribirle en programas de asistencia farmacéutica.

Favor de enumerar todas las personas que vivan en su hogar, incluyéndose a usted mismo.

Nombre	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

¿El paciente tiene seguro médico? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿El paciente tiene seguro dental? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿El paciente tiene una tarjeta para recetas? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Cuántas personas trabajan en su hogar? \_\_\_\_\_

**Sliding Fee Application Form**

En el Hogar hay alguien que recibe beneficios de los siguientes? :

	Si	No		Si	No
1. Ingresos por empleo	_____	_____	10. Cheques por Jubilación	_____	_____
2. Ingresos de negocio propio	_____	_____	11. Pagos por pulmón Negro	_____	_____
3. Cheques del Seguro Social	_____	_____	12. Pagos por divorcio	_____	_____
4. Cheques por incapacidad	_____	_____	13. Pago por Apoyo de Niños	_____	_____
5. Ingresos por agricultura o labranza	_____	_____	14. Sueldo por El Ejercito	_____	_____
6. Seguro social suplementario	_____	_____	15. Subsidio de Desempleo	_____	_____
7. Ingresos de Administración del Veterano	_____	_____	16. Ingresos de su propiedad de alquiler	_____	_____
8. Ingresos de interés	_____	_____	17. Compensación del Trabajador	_____	_____
9. Estampillas para la comida	_____	_____			

Si su hogar no tiene ingresos, quien paga sus cuentas mensuales? \_\_\_\_\_

Para poder recibir el Plan de Descuento de White House Clinics, tiene que entregar la forma de Autorización del descuento de White House Clinics. Cada miembro de su hogar (18 años de edad o mayor) debe firmar la forma de autorización de descuento. Esta forma también será usado para calificar para programas de asistencia de receta farmacéutica \_\_\_\_\_(iniciales)

\_\_\_\_\_  
Nombre del entrevistador (Empleado de WHC) \_\_\_\_\_  
Fecha

**FOR CLINIC USE ONLY (To Be Completed by Interviewer)**

Income Source	Name	Amount on Document			Yearly Income
_____	_____	X	=		_____
_____	_____	X	=		_____
_____	_____	X	=		_____
_____	_____	X	=		_____
_____	_____	X	=		_____
_____	_____	X	=		_____
_____	_____	X	=		_____
_____	_____	X	=		_____
_____	_____	X	=		_____
_____	_____	X	=		_____
_____	_____	X	=		_____
_____	_____	X	=		_____

Total Yearly Income \_\_\_\_\_ Sliding

Fee Level Approved: \_\_\_\_\_ Expiration Date: \_\_\_\_\_

Facility: WHC-Berea \_\_\_\_\_ WHC-Irvine \_\_\_\_\_ WHC-McKee \_\_\_\_\_ WHC-Richmond \_\_\_\_\_  
 WHC-Mt Vernon \_\_\_\_\_ BPCC \_\_\_\_\_ WHC-Paint Lick \_\_\_\_\_

Patient's eligibility for Medicaid has been verified on the Kentucky Medicaid website Yes No

Signed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



**Plan de Descuento de White House Clinics  
Forma de Autorización**

Mi firma abajo me inscribe en el Plan de descuento para White House Clinics, siempre y cuando yo haya presentado toda la prueba de ingresos y verificación de residencia para todos los que viven conmigo.

Mi firma autoriza a White House Clinics para compartir mi información con programas de asistencia para prescripción farmacéutica para que pueda tener acceso a medicamentos disponibles de diferentes compañías de medicinas.

Cada miembro de su casa (18 años de edad o mayor) tiene que firmar esta forma de autorización.

_____ Nombre	_____ Firma	_____ fecha
_____ Nombre	_____ Firma	_____ fecha
_____ Nombre	_____ Firma	_____ fecha
_____ Nombre	_____ Firma	_____ fecha
_____ Nombre	_____ Firma	_____ fecha
_____ Nombre	_____ Firma	_____ fecha
_____ Nombre	_____ Firma	_____ fecha