

PROGRAMA DE DESCUENTO DE CLINICA FAMILY HEALTH SOLICITUD

SECCIÓN I: SOLICITANTE																
					Desamparado: Fecha:											
Apellido		Nombre			Inicial de Segundo Nombre		Numero de Teléfono									
Dirección		Ciudad		Código Postal		Condado										
Miembros del Hogar		Código de Dependiente		Calificación de Programa		Numero de Seguro Social o Numero de Health First CO/CHP+										
1.	Solicitante	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____							
2.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____							
3.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____							
4.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____							
5.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____							
6.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____							
7.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____							
8.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____							
9.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____							
10.	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____							
Comentarios:																
<table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:25%;">Código de Dependiente</td> <td style="width:25%;">1. Solicitante</td> <td style="width:25%;">2. Esposo(a)/Pareja de unión Civil</td> <td style="width:25%;">3. Menor</td> <td style="width:25%;">4. Persona de la Tercera Edad</td> <td style="width:25%;">5. Estudiante Adulto</td> <td style="width:25%;">6. Otro</td> </tr> </table>										Código de Dependiente	1. Solicitante	2. Esposo(a)/Pareja de unión Civil	3. Menor	4. Persona de la Tercera Edad	5. Estudiante Adulto	6. Otro
Código de Dependiente	1. Solicitante	2. Esposo(a)/Pareja de unión Civil	3. Menor	4. Persona de la Tercera Edad	5. Estudiante Adulto	6. Otro										
Código de Residencia																
1.Contado sólo en el Tamaño de la Familia.																
2.Descuento de Clinica Solamente																

PROGRAMA DE DESCUENTO DE CLINICA FAMILY HEALTH SOLICITUD

SECCIÓN II: Cálculo de los Ingresos		
Fuente de Ingresos	Cantidad Mensual	Cantidad Anual
1. Ingreso de Empleo Bruto	\$ _____	\$ _____
2. Ingreso No Ganado	\$ _____	\$ _____
3. Ingreso Neto-Negocio Propio	\$ _____	\$ _____
4. Total de Ingresos(Líneas 1 + 2 + 3)	\$ _____	\$ _____
5. Deducciones Permitidas (Hoja de Trabajo 2)	_____	\$ _____
6. Gran Total Neto (Líneas 4- 5)	_____	\$ _____
<p align="center">Percentage de FPL: _____</p>		

PROGRAMA DE DESCUENTO DE CLINICA FAMILY HEALTH SOLICITUD

Hoja de Cálculo 1 – Ingreso de Empleo y de Ingresos no Ganados

Fuentes de Pago	Cantidad Mensual	Cantidad Anual		
Ingresos del Trabajo:				
Ingreso por empleo	\$ _____	\$ _____		
Ingreso de Negocio Propio:				
Ingreso de Negocio Propio-Neto	\$ _____	\$ _____		
Ingresos no Ganados:				
			<u>Documentado</u>	<u>Declarado</u>
Desempleo/Compensación de Trabajadores	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subsidio de la Tercera Edad (OAP)	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI/SSDI)	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pensión de Jubilación :				
_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	\$ _____	\$ _____		
Regalos Monetarios	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia de Divorcio	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingreso por Rentas	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingreso por Intereses	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monetarios y las Ganancias de Capital	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arreglos judiciales (no anote la suma anual solo el total recibido)	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingresos de otras Fuentes:				
_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	\$ _____	\$ _____		
Ingreso Total	\$ _____	\$ _____		

CLINICA FAMILY HEALTH
 Hoja de Cálculo 2 – Deducciones Permitidas

	Cantidad Mensual	Cantidad Anual
Cuidado de los Ancianos	\$ _____	\$ _____
Guardería	\$ _____	\$ _____
Pago de Pensión por Divorcio	\$ _____	\$ _____
Manutención de Menores	\$ _____	\$ _____
Pago de Seguro Médico	\$ _____	\$ _____
Farmacéuticos	\$ _____	\$ _____
Si usa Vehículo Personal para Negocio, poner \$200 para cantidad mensual	\$ _____	\$ _____
	1.Subtotal:	\$ _____

Pagos o facturas médicas pendientes de un proveedor de hospital sin importar la antigüedad (PLANES DE PAGO DEBEN SER DOCUMENTADOS)

Proveedor de Hospital	Fecha Incurrida	Cantidad Pendiente	Total Mensual Importe Pagado	Importe Anualizado
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
			2.Subtotal:	\$ _____

Pago individual de gastos médicos incurrido en los últimos 12 meses, aplicado como deducción individual única. DEBE SER DOCUMENTADO. (Ajustar recibos/comprobantes)

Descripción de Gastos Medicos	Fecha que se Pago	Cantidad Total De Pago	Cantidad Total
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
			Subtotal: \$ _____
			Gran Total (Líneas 1+2): \$ _____

(utilizar esta figura en la línea 5 de la sección II de la aplicación)