



CrescentCare  
A Partnership for Life

**Solicitud de descuento en la escala de pagos**

Nombre del paciente		Fecha de nacimiento del paciente	
Dirección del paciente		Número de seguro social del paciente	
Ciudad, estado y código postal del paciente		Número de teléfono del paciente	
Nombre del cabeza de familia		Lugar de empleo	
Calle			
Ciudad, estado y código postal			
Número de teléfono			
Número de seguro social			
<b>INDIQUE CÓNYUGE Y DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS</b>			
Relación	Nombre	Fecha de nacimiento	
USTED			
CÓNYUGE/PAREJA			
DEPENDIENTE			

Fuente de ingresos	Usted	Cónyuge	Otro	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
De actividad comercial, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, indemnización laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos a veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o jubilación				
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias patrimoniales, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimentaria, manutención de menores, asistencia externa al grupo familiar y otras fuentes varias				
<b>INGRESO TOTAL</b>				



Al firmar este formulario, doy fe de que el número de integrantes y el ingreso de mi grupo familiar indicados anteriormente son verdaderos y correctos, según mi leal saber y entender. También entiendo que brindar información falsa puede significar que no pueda recibir atención aquí. Doy permiso a CrescentCare para investigar cualquier información incluida en esta solicitud, incluida la realización de un informe de crédito. Entiendo que si mi ingreso cambiara, debo notificarlo al personal de CrescentCare en mi próxima visita. Por el presente, reconozco que estoy solicitando asistencia de un programa financiado por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) y que el título 18, sección 1001 del Código de Estados Unidos estipula que una persona es culpable de un delito grave por proporcionar declaraciones falsas o fraudulentas de forma intencional y voluntaria.

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

El descuento en la escala de pagos de CrescentCare está disponible para pacientes cuyos ingresos y número de integrantes del grupo familiar sean del 200 % o menos de las Pautas Federales de Pobreza. "Escala de pagos" significa que los costos cambian según el ingreso y el número de integrantes del grupo familiar del paciente. En CrescentCare, el número de integrantes de la familia o el grupo familiar incluye a todos los individuos que se definen y presentan a sí mismos como una familia para los servicios, independientemente de su estado civil real o percibido, orientación sexual o identidad de género. Una familia puede ser un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que comparten acuerdos de vivienda, gastos e ingresos. Los no familiares, tales como los compañeros de hogar, no cuentan como miembros de una familia.

**Para calificar para participar del programa de descuento en la escala de pagos, debe proporcionar un comprobante de ingresos dentro de los 30 días calendario.** Aceptamos la siguiente documentación como comprobante de ingresos: talones de cheques, carta de concesión de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)/Seguro Social por Incapacidad (SSDI, por sus siglas en inglés), carta de cupones para alimentos, carta de un empleador, comprobante de Medicaid, formulario del impuesto sobre la renta personal, o comprobante de aceptación de un programa de vivienda subsidiada (como la sección 8) o vivienda con apoyo permanente. Se aceptará otra documentación según el caso. Si no proporciona esta información después de 30 días calendario, se le cobrará el monto total de la consulta.

**Uso exclusivo de CrescentCare**

<b>Nombre del paciente</b>	
<b>Descuento aprobado</b>	
<b>Aprobado por</b>	
<b>Fecha de aprobación</b>	



### **¿Qué tipo de documentación es aceptable como prueba de ingresos?**

- Un mes de talones de pago
- Carta del empleador - Declaración de ingresos
- Carta de TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
- Formulario de impuestos 1040 con todos los formularios W-2 correspondientes para el año calendario más reciente
- Documentación del salario de autónomo
- Declaración de Beneficios del Seguro Social (SSI, SSDI, SSRI)
- Declaración de Licencia Militar y Ganancias
- Declaración de cuidado de crianza de los Servicios Sociales
- Manutención de los hijos/ Declaración actual de pensión alimenticia
- Prestaciones por desempleo
- Beneficios de compensación para trabajadores
- Pagos de pensiones o anualidades
- Cupones de alimentos-SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)
- Prueba de inscripción en la Sección 8 (Programa de Vivienda Subsidiada basado en los ingresos)
- Otra documentación caso por caso