



## **Solicitud Para Ajuste De Pago**

El cliente necesita completar la forma de revelación de estado financiero y proveer documentación de ingresos. El documento apropiado para el ajuste de pago es uno o más de los siguientes documentos:

1. Documento que compruebe que el cliente está debajo del 125% de las guías Federales para determinar los índices de pobreza. Esto puede incluir documentos como
  - a) Talones de cheque
  - b) Declaración de impuestos
  - c) Formas de Medicaid o cualquier otra ayuda médica Estatal.
  - d) Formas del empleador o agencias de Welfare.
  
2. El cliente tiene otras circunstancias que indican problemas financieros. Estas circunstancias pueden ser las siguientes:
  - a) Prueba de bancarrota.
  - b) Situaciones catastróficas (Muerte o incapacidad en la familia, divorcio).
  - c) O alguna otra documentación que compruebe que el cliente no podrá pagar estados de cuenta médicos y podrá pagar otros pagos básicos.

Los ingresos deben ser anualizados desde la fecha de la solicitud basada en la documentación proveída y la información verbal dada por el cliente.

El llenar esta aplicación no garantiza que su petición será aprobada o que se le quitara su responsabilidad financiera.

**Toda la información relacionada a la solicitud para ajuste de pago será confidencial.**



## Forma De Revelación Financiera

---

**Por favor provea la siguiente información para poder completar su solicitud:**

- Formas más recientes del IRS. (Deben estar firmadas)
- Talones de cheque de los últimos 30 días de todas las personas que trabajan en su casa.
- Estados de desempleo de los últimos 30 días
- Licencias o identificación de los adultos
- Comprobante de todos otros ingresos recibidos en los últimos 30 días.
- Comprobante de todos los recibos sobresalientes
- Carta de negación de DHS
- Formas o tarjeta de Medicaid
- Estados financieros adjuntos (completos y firmados)

Por favor asegúrese de firmar los estados financieros adjuntos. Su petición NO será procesada si no están firmados.

Por favor regrese todos los documentos (aplicables) de la lista (en persona o por correo).



## Declaración De Plan Financiero/ Solicitud De Servicios No Compensado

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

Fecha (s) de servicio: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona responsable: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_

Conyugue: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Podemos dejar mensaje? Yes No

Dirección: \_\_\_\_\_

Cantidad de miembros de familia (viviendo en la casa): \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Si desempleado, cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Empleador de conyugue: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Empleador(es) de otros miembros familiares:

(Incluya nombre del miembro de familia, empleador, y dirección)

---

---

---



Fuentes De Ingresos Familiares Mensuales

Cliente Conyugue Persona Responsable Hijos Trabajando

Salario mensual (antes de impuestos) \$
Beneficios de asistencia pública \$
Beneficios de desempleo \$
Beneficios de seguro social \$
Compensación de Worksman \$
Manutención \$
Otros \$

Otros gastos de vivienda:

Comida \$
Ropa \$
Transportación \$
Otro \$

CERTIFICO QUE LA INFORMACION DADA ES CIERTA Y CORRECTA BAJO MI CONOSIMIENTO.
AUTORIZO A CENTENNIAL MENTAL HEALTH CENTER, INC. QUE VERIFIQUE CUALQUIER
INFORMACION EN ESTE DOCUMENTO PARA EL UNICO PROPOSITO DE AYUDAR CON LAS
NECESIDADES FINANCIERAS.

Firma de la persona haciendo la petición

Fecha

Firma del conyugue / Otro

Fecha

NO ESCRIBA BAJO ESTA LINEA. PARA USO DEL PERSONAL DE OFICINA UNICAMENTE

Sliding Fee Application Hardship Application-

Este documento fue recibido en (fecha)

Por (Nombre/Titulo)

Cantidad de pago aprobada:

Aprobado por: (Nombre/Titulo)