

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

Información de la persona cabeza del grupo familiar

- **Nombre:** _____
- **Fecha:** _____
- **Información de contacto:** _____
 - o Dirección: _____
 - o Número de teléfono: _____
 - o Correo electrónico: _____

Tamaño del grupo familiar e información sobre los ingresos

1. Tamaño del grupo familiar (Liste todos los miembros del grupo familiar incluso usted)

Nombre	Edad	Relación

2. Información sobre los ingresos

o Dé el ingreso total de su grupo familiar. Incluya ingresos de todas las fuentes y de todos los miembros del grupo familiar.

Fuentes de ingreso y frecuencia

- o Trabajo: _____
- Nombre del empleador: _____
 - Ingresos brutos (antes de impuestos): _____
 - Frecuencia de los ingresos: _____
 - ☐ Semanales
 - ☐ Quincenales (cada dos semanas)
 - ☐ Mensuales

Conversión anual de ingresos

o Para determinar con precisión su elegibilidad para el programa de descuento de tarifa variable, siga las directrices de abajo para convertir sus ingresos.

- **Ingresos semanales** – Ingreso bruto: _____ x 52 = _____
- **Ingresos quincenales** – Ingreso bruto: _____ x 26 = _____
- **Ingresos mensuales** – Ingreso bruto: _____ x 12 = _____

o Otros ingresos

• Fuente:

☐ Ingreso de Seguridad Social / Discapacidad ☐ Beneficios por desempleo ☐ Otro: _____

- **Ingresos semanales** – Ingreso bruto: _____ x 52 = _____
- **Ingresos quincenales** – Ingreso bruto: _____ x 26 = _____
- **Ingresos mensuales** – Ingreso bruto: _____ x 12 = _____

Autodeclaración de ingresos

Certifico que en este momento no puedo presentar documentación para comprobar los ingresos. Entiendo que esta información se usará para determinar mi elegibilidad para el programa de escala de tarifas variables.

Razón por la que no presenta comprobante de ingresos (marque una):

- ☐ Desempleado recientemente
- ☐ Trabajo informal / no documentado
- ☐ Documentación perdida o imposible de obtener
- ☐ Otro (explique): _____

Firma y certificación

- Certifico que la información en este formulario es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa o incompleta podría resultar en la denegación o pérdida de elegibilidad para el programa de escala de tarifas variables. También acepto notificar a Centennial Mental Health Center dentro de los 30 días de cualquier cambio en los ingresos de mi grupo familiar o en el tamaño del grupo familiar.

- Firma: _____

- Fecha: _____

Para uso exclusivo de la oficina

- Solicitud revisada por: _____ Fecha: _____

- Aprobada por: _____ Fecha: _____

- Determinación de elegibilidad:

☐ Elegible

☐ No elegible

- Notas:

¿Es el cliente residente de CO y está solicitando los Servicios Médicos de Centennial? Si es así, pídale que complete la Solicitud PBM. (El cliente debe ser elegible para la escala de tarifas variables y no tener Medicaid.)