



Aplicación Para Escala de Tarifas

Nombre de Cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____ #SS: _____

Domicilio de facturación: _____

Número de teléfono _____ No tengo hogar. No tengo residencia permanente por la noche.

¿Es Ciudadano de los Estados Unidos/ Inmigrante Documentado? **SI NO**

¿Usted es considerado residente del Estado de Colorado? **Si NO**

¿A usted lo reclaman como depende en los impuestos de alguna persona? **Si NO**

¿Quién lo reclama como depende? _____

¿Tiene Seguro médico? **SI NO**

Nombre de seguro médico primario y #ID: _____ *Por favor incluya una copia de la tarjeta

¿Tiene Medicaid? **SI NO** #ID Medicaid _____

¿Alguna vez ha aplicado para Medicaid? **SI NO** Fecha que aplico _____

¿Está encarcelado al presente? **SI NO** ¿Cuánto tiempo tiene encarcelado? _____

Estado Civil: Nunca casado/a/ Soltero/a __ Casado/a __ Separado/a __ Divorciado/a __ Viudo/a __

***Hogar es definido como cualquier persona que recibe el 50 % de apoyo financiero del hogar.**

	Nombre a todo miembro del hogar	Relación	Fecha de nacimiento	Empleador/Fuente	Ingreso bruto
1		Yo			
2		Esposa/o			
3		Depende			
4					
5					
Ingreso Bruto Anual del Hogar					\$

***Por favor incluya manutención infantil recibida, pensión alimenticia, Seguro Social, discapacidad, y cualquier otra fuente de ingresos**

____ Estoy desempleado y no califico para beneficios de desempleo.

____ No tengo fuente de ingresos al presente y/o no tengo vivienda o residencia permanente por la noche.

***Si marco, por favor complete la forma Auto-atestación de Cero Ingresos o Certificación de Personas sin Hogar.**

Uso

____ Yo apruebo a MSH/WSH/TWS contacte a mi empleador y obtenga verificación de mis ingresos para evaluar para una reducción de pagos.

____ No apruebo que MSH/WSH/TWS contacte a mi empleador para verificación de ingresos.

***Si el cliente está de acuerdo a contactar al empleador, complete la forma ROI**

Información Adicional:

Certifico que la información dada es correcta a mi mejor conocimiento y le doy a Mind Springs Health/West Springs/Transitions at West Springs, permiso de verificar cualquier información dada. Yo entiendo que si no proveo comprobantes de ingresos, se espera que yo pague el balance que se ha considerado mi responsabilidad en su totalidad.

Firma de Paciente o representante autorizado _____

MSH/WSH Staff only
Staff _____
UBP rating _____ Date approved _____

Nombre en letra de molde

Fecha _____