Información de Vivienda e Ingreso

Programa de descuento de tarifa variable

opendoor Community Health Centers

¿Por qué pedimos esta información?

Los Centros de Salud Comunitarios Open Door reciben subsidios y fondos federales para apoyar nuestros servicios. Cada año debemos recopilar información sobre las comunidades que servimos para compartir con nuestros financiadores. Al completar este formulario, nos está ayudando a mantener nuestros fondos para que podamos ofrecer más servicios.

Combinamos su información con otras y la informamos en forma resumida. No compartimos ninguna información personal ni informamos datos que puedan usarse para identificarlo.

---

1. Información sobre usted y dónde vive

Nombre	**Fecha de nacimiento**	**Uso de MRN** Office

¿Es usted un veterano? (Marque uno) ☐Sí ☐No

¿Cómo describe el lugar dónde vive? (Marque uno)

- ☐ Vive en su propia casa o renta (casa, apartamento o condominio)
- ☐ Vive con otra persona de forma temporal ("por ejemplo, durmiendo en el sofá en la casa de otra persona")
- ☐ Vive en una vivienda de transición (Casa Arcata u otra casa de transición)
- ☐ Vive en algún lugar como parte de un programa o tratamiento (hospital, hotel o motel, cuidado de relevo, programa de tratamiento, cárcel)
- ☐ Vive en un refugio de emergencia
- ☐ Vive desprotegido (en una tienda de campaña, automóvil, alrededor de edificios o puentes)

¿En algún momento de los últimos 12 meses estaba sin un lugar regular para vivir?
(Marque uno) ☐Sí ☐No

2. Información sobre las personas en su hogar

Por favor, enumere los nombres y fechas de nacimiento de las personas en su hogar. Su hogar incluye a las personas con las que vive y con las que comparte un ingreso.

Nombre	**Fecha de nacimiento**	**Uso de MRN** Office

3. Información sobre los ingresos del hogar

¿Cuál es el ingreso de su hogar antes de impuestos o deducciones? Esta es la cantidad total ganada por todos los miembros de su hogar, incluyéndolo a usted.

Ejemplos de ingresos (marque todos los que correspondan):

- ☐ Salarios o salarios del empleo o del trabajo por cuenta propia
- ☐ Otras ganancias del empleo, como propinas o comisiones
- ☐ Manutención de los hijos
- ☐ Manutención conyugal
- ☐ Pensión alimenticia
- ☐ Pensión o ingresos de jubilación
- ☐ Seguridad social
- ☐ Pagos por discapacidad
- ☐ Pagos por desempleo
- ☐ Cualquier otra fuente de ingreso_____

Ingreso total del hogar: $_____

¿Es este ingreso? (Cheque uno) ☐ Semanal ☐ Mensual ☐ Anual

4. Elegibilidad para el copago de la escala de descuento de tarifas proporcionales

Según los ingresos de su hogar informados anteriormente, puede ser elegible para un descuento en las tarifas de sus servicios.

Si no reporta ningún ingreso arriba, debe describir su medio actual de manutención y / o situación de vida:

_____

Nos reservamos el derecho de solicitar evidencia de sus ingresos en forma de talones de pago, declaraciones de impuestos u otros documentos para calificar para descuentos.

5. Certificación y firma

Declaro que la información que he dado en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que la entrega de información falsa puede hacerme inelegible para servicios con descuento.

Firma_____ Fecha: _____

OFFICE USE ONLY SITE_____ Calculated Annual Income_____

Income Verified*: ☐ Yes (Expires 365 days) ☐ No (≤200% FPL-Expires 30days) ☐ No (>200% FPL- Expires 365days)

Notified Patient about eligibility screening and application assistance through Open Door Member Services: ☐ Yes

This applicant is: ☐ Eligible for Discount of: ☐ A Scale ☐ B Scale ☐ C Scale ☐ D Scale ☐ $0 Co-pay**
☐ Not Eligible for Sliding Scale Discount ☐Patient Declined

**$0 co-pay requires re-certification by Office Manager at each visit and cannot be applied to family members.

Termination date: _____ Certified by: Signature: _____ Date: _____

Document eligibility for each family member for each account type within registration.
Enter date eligibility begins (the certification date on this sheet) for each eligible account.
Scan form into Documents under FDS – Financial Document, DESC – FPL.

*ROUTE TO MEMBER SERVICES for follow-up assistance: 1) any form for patient eligible for SFS≤200% and not yet verified; and/or 2) any form for patient with no primary coverage (or no coverage other than SFS)