



# Aplicación para el Plan de Acceso de St. Joseph

Aplicación para la participación en el Programa de la Tarifa de Descuento para la Salud de CHI St. Joseph Children's Health

Favor de completar todas las secciones de esta aplicación. El no contestar todas las preguntas y proveer los documentos de verificación resultará en demoras al evaluar la elegibilidad del Programa de Descuento de Salud de CHI St. Joseph Children's Health y/o la negación de inscribirse a este programa. Favor de marcar cualquier pregunta que no aplique a su situación con "N/A". Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar esta aplicación llame al 717.397.7625.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
(Si esta aplicación es para más de dos pacientes favor de incluir la información adicional en otra hoja.)

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Nombre de Madre/ Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Tel. Hogar: (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_ Celular (Madre/Padre/Tutor): (\_\_\_\_)\_\_\_\_-\_\_\_\_

Mejor horario para contactarlo:  Mañana (8AM a 12PM)  Mediodía (12PM a 5PM)  Tarde (5PM a 7PM)

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Miembros de la Familia

Favor de enlistar todos los familiares que viven en su casa. Si hay más familiares residiendo en el hogar favor de agregar otra hoja de papel con la información de los demás miembros.

Nombre	Relación	Fecha de nacimiento
	Paciente	
	Madre/Padre/Tutor	

## Ingresos Familiares

<b>Salario Familiar / Ingresos</b>			
Nombre	Cantidad	Frecuencia (Marque uno)	Empleador(es)
Padre/Madre/Tutor	\$	Semanal Mensual Anual	
Padre/Madre/Tutor	\$	Semanal Mensual Anual	
Niños	\$	Semanal Mensual Anual	
Otros:	\$	Semanal Mensual Anual	
<b>Total</b>	<b>\$</b>	<b>Semanal Mensual Anual</b>	

Ejemplos de documentos aceptables para la verificación de ingresos que deberán ser entregados con la aplicación son:

- Ultimo pago de Impuestos Federal
- Recibos de pago por un mes
- Carta del Seguro Social de Discapacidad
- Estado de cuenta bancario
- Carta de Verificación de Empleo documentando el promedio de pago mensual

Favor de llamar a CHI St. Joseph Children's Health (717.397.7625) si tiene alguna pregunta sobre los documentos aptos para la verificación de ingresos que deben ser entregados con la aplicación.

### Certificación

Por la presente juro que la información en esta aplicación es correcta y verdadera hasta donde yo tengo conocimiento. Yo reconozco que cualquier información falsificada o engañosa, y/o cualquier omisión, pueden descalificar a mi familia de futuras consideraciones al programa de tarifa de descuento. Yo además acepto informar a CHI St. Joseph Children's Health si hay algún cambio significativo en nuestros ingresos. Si se acepta el programa de tarifa de descuento bajo esta aplicación, nosotros nos comprometemos a cumplir con todas las reglas y regulaciones de CHI St. Joseph Children's Health. Por la presente reconozco que he leído la revelación de información anterior y la entiendo.

Nombre de Madre/Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_