



**SOLICITUD PARA CARGOS REDUCIDOS**

Los Centros MedLink Georgia no son "clínicas gratuitas." Dependemos en el pago del paciente para continuar las operaciones. Sin embargo si cumple con los requisitos de ingresos y del hogar usted puede calificar para una reducción del costo. **SI ESTA INTEREZADO EN APLICAR PARA CARGOS REDUCIDOS LLENE LA INFORMACION EN EL CENTRO DE LA PAGINA, NECESITA TRAER PRUEBA DE INGRESO Y FIRMAR LA CERTIFICACION.** Autodeclaración (aplicación se completa y el descuento se aplica sin prueba de ingresos) se permite una vez al año y tiene una validez de 30 días. Solicitud para cargos reducidos y el descuento es válido por un año, sin embargo, cualquier cambio en el tamaño de la familia o de los ingresos requerirá una nueva solicitud y comprobante actualizado de los ingresos.

**INSTRUCCIONES:**

- ◆ Liste a todos los que viven en su hogar, su relación y fecha de nacimiento.
- ◆ Al lado del nombre de cada persona, la lista de su empleador o fuente de ingresos. Por ejemplo, puede recibir manutención de menores o pagos por un niño o niños, por lo que debe escribir "Child Support" como fuente de ingresos al lado del nombre del niño. Otro ejemplo: Usted o un miembro de la familia puede recibir la pensión alimenticia, superviviente, o pagos de asistencia social, por lo que tendría lista la fuente de ingresos por el nombre de esa persona.
- ◆ Por último, la lista de la cantidad que recibió hace 4 semanas por cada persona. **INGRESOS BRUTOS** es sueldo / salarios antes de las retenciones de impuestos u otros beneficios. **INGRESOS BRUTOS NO GANADOS** incluye beneficios pagados a cualquier individuo, tales como la remuneración del trabajador, SSI, Manutención de Menores, el desempleo, o el apoyo continuo de cualquier persona no incluida en el hogar.

Información del Hogar					
Nombre	Relación	Fecha de cumpleaños	Empleador o Fuente de Ingresos	Ingreso del Trabajo bruto para las últimas 4 semanas	Ingresos no ganados bruto para las últimas 4 semanas
Usted					
Cónyuge o pareja de hecho					
Niño					
Niño					
Niño					
Niño					
Niño					
Niño					
Otro					
<b>Total</b>				<b>Total</b>	<b>Total</b>

**CERTIFICACIÓN:** Certifico que no tengo seguro de salud o accidente, Medicaid, Medicare u otros beneficios que cubren mi atención médica para la que no he dado información. Además, certifico que la información anterior es correcta, a mi leal saber y que la documentación aportada es completa y exacta. Reconozco que se ha explicado a mí que sino proporciono una prueba aceptable de ingresos mi familia no podrá recibir los descuentos del costo y que voy a ser clasificado como un paciente de pago completo. También reconozco que el no proporcionar a MedLink Georgia, Inc., con una actualización de mi situación financiera puede resultar en mi inhabilidad para recibir atención bajo el programa de descuentos. Entiendo y reconozco que la falsificación de cualquier información contenida en este formulario constituye un fraude y se castiga con una multa o encarcelamiento, o ambos.

**Se me ha hecho consciente de que la auto declaración es válida por sólo 30 días y que se requiere una prueba de ingresos para continuar recibiendo descuentos.**

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

**INSTRUCTIONS:** Enter the date and transfer the household size and income information. Calculate the weekly, monthly, or annual amount and use the current Federal Poverty Table to enter the Sliding Fee discount. Finally enter the source documentation copied and filed that was used to verify the information. When complete, your signature certifies that you verified the information and entered the information correctly to the best of your knowledge. Willfully falsifying information or participating in fraudulent activities to reduce payments shall result in disciplinary action up to and including termination.

Date	House-hold Size	Total Earned Income	Week/month/year	Total Unearned Income	Week/month/year	Total Household Income	Week/month/year	SFS	How Verified?	By Whom?

Next Review Date: 07/19/2024