

Solicitud del Programa de Descuento

El programa de descuento está basado en su tamaño del núcleo familiar y el ingreso bruto anual. Para solicitar el descuento, debe completar y firmar esta aplicación y presentar prueba de ingresos. Su aplicación no puede ser aprobada sin estos artículos y usted será responsable por el importe total de los servicios que recibe si no se presenta la información dentro de 30 días. También se le piden presentar su prueba de residencia. Esta información es privada y confidencial y se verifica una vez al año.

Rechaza Completar la Aplicación del Descuento: Si

Entiendo que rechazando a completar la aplicación del Programa de Descuento automáticamente me descalifica a recibir asistencia financiera, y yo sere responsable por cualquier gasto de servicios obtenidos en Vibrant Health.

Evaluación Del Hogar

Persona responsable del pago en cuenta:

Paciente Otros (Nombre y Relación con el Paciente) _____

Los miembros de la siguiente lista (debe incluir su conyugue, hijos por nacimiento, adopción, o adopción temporal)

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Paciente (Si/No)
1			Paciente	
2				
3				
4				
5				
6				

Ingresos

Lista de ingresos para todos los miembros del hogar. Debe proporcionar prueba de ingreso para todos los miembros del hogar listados.

Nombre	Ingreso Bruto	Frecuencia de Pago	Fuente de Ingreso (pension matrimonial, discapacidad, manutención, seguro social, retiro)

Cantidad total de ingresos familiares \$ _____

Prueba de documentos de ingresos

Cualquiera de los siguientes documentos puede utilizarse para cumplir con el requisito de la prueba de ingreso para miembros de la familia:

- Talones de cheque de nómina actual: Si el talón de cheque es escrito a mano o no pantalla horas trabajadas o por hora, proporcione por favor una carta notariada (con membrete de empresa si es posible) de su empleador indicando: su horas de trabajo, salario bruto y salario de pago.
 - Carta de determinación de desempleo actual con la cantidad de beneficio de la oficina de desempleo
- PASOS PARA PRESENTAR UN RECLAMO DE DESEMPLEO DETERMINACIÓN**
1. Llame al 816/889-3101 Missouri o Kansas 913/596-3500
 2. Presione 1 para archivo de reclamación
 3. Número de seguro social entrar
 4. Prensa 1
 5. Seleccione su número de Pin (es un número que componen)
 6. Pulse 1 para sí y 9 no
 7. Pulse 1 para presentar por teléfono
 8. Siga las instrucciones para la dirección y código postal
 9. Permanecer en el teléfono hasta que hable con un representante (no colgar)
 10. Dile que el representante necesita la letra demostrando que es los trabajadores asegurados o no asegurados
 11. El representante le enviará una carta de determinación de beneficios (esto puede también utilizarse como comprobante de domicilio)
 - Copias de su actual Seguridad Social, pensiones, confianza, carta de adjudicación de incapacidad de SSI o niño apoyo consultar (sitio web de Seguridad Social: www.socialsecurity.gov)
 - Documentos de ayuda financiera actuales. Becas, becas Pell, I20 etcetera.
 - Impuestos ganancias y pérdidas para el año
 - Formas W2
 - Otras fuentes también pueden ser aceptadas

Prueba de residencia

Cualquiera de los siguientes documentos se puede utilizar para cumplir con la prueba de requerimiento de la dirección:

- Correo dirigido a usted. Asegúrese de que el correo incluye un matasellos en el exterior de la envoltente que tiene menos de 30 días. Si es necesario, por correo a ti mismo algo. Por desgracia, no podemos aceptar el correo enviado a un apartado postal.

Reconocimiento

Entiendo que si no proporciono la información mencionada dentro de los treinta 30 días a partir de hoy, voy a ser completamente responsable de todos los servicios prestados y estos servicios se facturarán al precio completo hasta que se devuelve información.

Me ha explicado el programa de descuento cuota de deslizamiento, y reconozco que deliberadamente información falsa o incompleta en cuanto a determinar el nivel de desplazamiento honorarios escala de descuento puede descalificarme o miembros de la familia de ser elegibles para este programa.

Firma del Fiador _____

Fecha _____

Firma del Empleado

Nombre de Empleado de Vibrant Health

Fecha