

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____

El programa de Cuidado del Águila (tarifa reducida) es un programa que permite a CommWell Health descontar los cargos normales para servicios basados en el tamaño de la familia y sus ingresos de su hogar.

Para poder ser considerado si califica para la Tarifa Reducida:

- Usted debe proveer pruebas aceptables de sus ingresos de su hogar.
- Lista de todas las personas que viven en su casa.

Si proporciona información falsa resultará en la descalificación del Programa De Tarifa Reducida, ya que viola la ley federal.

Debe completar toda la información en este paquete y regresarlo junto con su prueba aceptable de ingresos de su hogar, antes de 30 días para ser considerado si califica para la Tarifa Reducida.

Fecha que debe de entregar toda la información a CommWell Health: _____

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Firma del Empleado: _____ **Fecha:** _____

Si el paquete y prueba de ingresos no entregado antes de la fecha requerida, usted será responsable por el 100% de todos los cargos a partir de hoy hasta cuando la fecha información sea recibida.

Esta información debe ser actualizada cada 12 meses y con cualquier cambio en los ingresos del hogar o el tamaño de la familia.

Las formas aceptables de ingresos del hogar son:

Dinero, los ingresos y sueldos:	<ul style="list-style-type: none"> ○ Declaración de Impuestos ○ W-2 ○ Talones de Cheques ○ Verificación de ingresos completado por el empleador
Aviso u otro documento oficial que muestra los beneficios de ingresos de abajo	<ul style="list-style-type: none"> ○ Seguro Social ○ Discapacidad ○ Jubilación o pension ○ Otro dinero efectivo o pagos de asistencia pública
Otro:	<ul style="list-style-type: none"> • Becas y ayudas como se indica en la documentación oficial del colegio o universidad • Pago de manutención de menor o pensión alimenticia, como se muestra en la documentación de la orden de la corte • Desempleo o Compensación a los Trabajadores como se indica en una transcripción de salario del Estado

Nombre (Lista de todos que viven en su casa)	Fecha de nacimiento	Relacion familiar	Ingreso Familiar	aproximado ingreso mensual Total
		yo	Si / No (circule)	
		Esposo(a)/Pareja	Si / No	
			Si / No	
			Si / No	
			Si / No	
			Si / No	
			Si / No	
Total de familia				
¿Tiene usted una copia de la declaración de impuestos del año pasado?		<input type="checkbox"/> Si (Por favor triage una copia con usted, no se necesita mas documentacion) <input type="checkbox"/> No (No por favor conteste las siguiente preguntas)		
Alguien en su hogar recibe los siguientes pagos?:		Favor de proporcionar copia de los documentos para mostrar prueba de ingresos:		
Ingreso del Trabajo-recibe un cheque de pago de una empresa o negocio	Si	No	Mes de talones de cheque ... Si a usted le pagan 1 vex a la semana traiga 4 talones de cheques, si le pagan 2 veces al mes traer 2 talones de cheque, si le pagan una vez al mes, entonces un (1) talon de cheque.	
Empleo por cuenta propia -Niñera, Agricultura, Granja, los ingresos por alquiler, Artesanía Ventas, Otros	Si	No	Por favor complete el Formulario de Verificación de Ingresos incluida en este paquete.	
Ingreso no Ganado (Círcule el que aplique) Cheque de Seguro Social, beneficios de veteranos, Compensaciones para trabajadores, Seguros de desempleo o beneficios, de la Discapacidad privada, Jubilación Ferroviaria, pensiones, etcétera.	Si	No	Traiga documentación que demuestre ingresos que confirmen los ingresos especificados.	
***** La documentación debe ser proporcionada por el paciente o tutor para determinar la elegibilidad para la Escala de Tarifa Reducida *****				
<p>1. Entiendo que la información que proporciono en este formulario está sujeta a verificación por CommWell Health.</p> <p>2. Entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con todos los términos y condiciones del Programa de Tarifa reducida.</p> <p>3. Yo Certifico que esta información es verdadera, exacta y completa a lo mejor de mi conocimiento y entiendo que cualquier falsificación, omisión u ocultación de un hecho material, me puede someter a la descalificación de la Tarifa Reducida.</p> <p>4. Si soy elegible y califico para un programa de medicamentos de reemplazo mayor fabricación, doy permiso para que liberen mi información a los fabricantes para fines de auditoría.</p> <p>5. Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar CommWell Health de cualquier cambio en los ingresos, el seguro, o el tamaño de mi hogar.</p>				

Firma de Paciente/Guardian _____ Nombre del empleado _____ Fecha _____

INFORMATION SHEET

Name: _____ DOB: _____

The Eagle Care Program is a program that allows Commwell Health to discount normal charges for services based on household size and total household income.

In order to be considered for Sliding Fee Scale eligibility:

- You must provide acceptable proof of income
- List all persons that live in your household.

Providing false information will result in disqualification from the Eagle Care Program as it violates Federal law.

You must complete all of the attached information and return it, along with acceptable proof of income, within 30 days in order to be considered for Sliding Fee Scale eligibility.

Date all information is due at CommWell Health: _____

Patient Signature: _____ Date: _____

Staff Signature: _____ Date: _____

If packet and proof of income is not returned by the above date you will be responsible for 100% of all charges from today through the date the requested information is received.

This information must be updated every 12 months and with any change in household income or size.

Acceptable forms of household income:

Money, Wages, and Salaries:	<ul style="list-style-type: none"> • Tax Returns • W-2 • Paycheck stub • Verification of Income signed by employer
Notice or other official document that shows income benefits from below:	<ul style="list-style-type: none"> • Social Security • Disability • Retirement or pension • Other cash or public assistance payments
Other:	<ul style="list-style-type: none"> • College or university scholarships and grants as shown in official documentation • Child support or alimony as shown in court order documentation • Unemployment or Worker’s Compensation as shown in a wage transcript from the State

Name (list everyone in household)	DOB	Family Relation	Household Income (Circle)	Approximate Monthly Income
		Self	Yes / No	
		Spouse/Life Partner	Yes / No	
			Yes / No	
			Yes / No	
			Yes / No	
			Yes / No	
			Yes / No	
Do you have a copy of Last Year Tax Return?		<input type="checkbox"/> Yes (Please bring copy with you, no further documentation needed) <input type="checkbox"/> No (Please answer below questions)		
Did anyone in your household receive payment for:		Please provide a copy of documents to show proof of income:		
Earned Income -Get a paycheck from a company or business	Yes	No	Month of pay stubs...If you get paid once a week bring in 4 check stubs, if you get paid twice a month bring in 2 pay stubs, if you get paid once a month then bring in 1 pay stub	
Self Employment -Babysitting, Farming, Farm Rental, Rental Income, Craft Sales, Other	Yes	No	Please complete Verification of Income Form (included on page 3 of this packet)	
Un-Earned Income (Circle applicable) Social Security Check, Veterans Benefits, Workman's Compensations, Unemployment Insurance or Benefits, Private Disability, Railroad Retirement, Pensions, etc.	Yes	No	Bring in paperwork that will prove income	
*****Documentation Must Be provided by patient or guardian to determine eligibility for the Eagle Care Program*****				
<ol style="list-style-type: none"> I understand that the information I provide on this form is subject to verification by CommWell Health. I understand and agree to adhere to all terms and conditions of the Sliding Fee Discount Program. I do hereby attest that this information is true, accurate, and complete to the best of my knowledge and I understand that any falsification, omission, or concealment of material fact may subject me to disqualification from the Slide Fee Discount Program. If I am eligible and qualify for a manufacturing bulk replacement medication program, I give permission for the release of my information to the manufacturers for auditing purposes. I understand that it is my responsibility to notify CommWell Health of any changes in income, insurance, or size of household. 				

Patient/Guardian Signature: _____ Date: _____

CWH Staff Signature: _____ Date: _____