



Solicitud de cobertura bajo el Programa de Descuento de Tarifa Variable (SFDP)

Debe responder a todas las preguntas. Si algo no le aplica, escriba N/A en el espacio. Debe firmar y poner la fecha en la solicitud antes de enviarla. Si no firma, su solicitud será rechazada.

La solicitud es para (marque una opción) Yo _____ o mi familia y yo _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Dirección postal (si es diferente): _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Enumere los miembros del hogar

Nombre	Parentesco con el solicitante	Fecha de Nacimiento	Género	¿Trabaja? Si o No	Idioma principal

¿Alguien en el hogar está embarazada?: _____ Si _____ No

¿Todos en el hogar tienen Seguro Médico? _____ Si _____ No

Quien: _____

Nombre de Aseguranza _____ NDI _____

Verificación de ingresos

Enumere todas las fuentes de ingresos del hogar. Los ingresos que se deben incluir incluyen, entre otros: empleo, compensación por desempleo, discapacidad, compensación laboral, seguro social, ingreso suplementario de seguridad (SSI), asistencia pública, beneficios para veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o jubilación, intereses, dividendos, otros ingresos por inversiones, ingresos por alquileres, regalías, ingresos de herencias y fideicomisos, pensión alimenticia, manutención infantil y otros ingresos externos al hogar, así como otras fuentes diversas.

Nombre del miembro del hogar	Fuente de ingresos	Monto	El pago es semanal, quincenal o mensual



Solicitud de cobertura bajo el Programa de Descuento de Tarifa Variable (SFDP)

Para que su solicitud sea procesada, debe incluir junto con su solicitud los comprobantes de pago de las últimas 4 semanas o la declaración de impuestos del año pasado, así como cualquier comprobante de los beneficios mencionados.

Certifico que la información anterior es verdadera y completa. Autorizo a Lamprey Health Care a verificar la información anterior y a divulgarla a los proveedores de atención médica que me remitan o a las mutuas. Entiendo que soy responsable financieramente de todas las facturas por servicios antes de que se complete y acepte esta solicitud, y en caso de que mi solicitud sea denegada. Entiendo que Lamprey Health Care está regulada por las políticas y regulaciones establecidas por el gobierno federal, y se considera ilegal tergiversar o declarar falsamente información inexacta en esta.

(firma del solicitante)

(fecha)

SOLO PARA USO DE OFFICINA:

Fecha de recepción de la solicitud: _____

Nombre del empleado recibiendo la solicitud: _____

La asistencia se otorga al _____ % con base en un ingreso anual calculado de \$ _____ y un tamaño familiar de _____.

Se dedujeron \$ _____ de los ingresos debido a pagos de manutención infantil (consulte la política para saber cuándo esto es permisible).

La asistencia se deniega debido a:

_____ Los ingresos no cumplen con los criterios de elegibilidad

_____ Información faltante; la solicitud no se proporcionó dentro de los 10 días

_____ Solicitud no firmada

La notificación al paciente se envió por correo el _____
(fecha)

Firma del empleado que realiza la revisión de elegibilidad: _____