



Programa Habilidad de Pagar – Lista de Documentos Requeridos

Los siguientes documentos son requeridos para determinar su elegibilidad para participar en el Programa Habilidad de Pagar. Aprobación provicional puede ser concedida por hasta 10 días laborales, pendiente la verificación de ingresos.

Para todo Solicitante:

- Numero de miembros en la familia
- Verificación de Ingresos

Verificación de Ingresos:

Si está empleado, proporcione uno o más de los siguientes, según corresponda:

- Talones de cheque mas recientes (minimo 2)
- Copia de impuestos Federales del año pasado
- Prueba de ingresos firmada por el Empleador¹
- Copia de Ingresos Personales²

Si está desempleado, proporcione uno o más de los siguientes, según corresponda:

- Mas recientes talones de cheques del desempleo (minimo 2)
- Carta firmada por la persona que la mantiene
- Asistencia Publica, incluyendo Asistencia General y CalFresh
- Manuntención para Niño/Esposa
- Estado de cuenta del Banco (si es necesario para verificación)

Ingresos de Jubilacion/Discapacidad, si aplica:

- Carta del Seguro Social con la Cantidad mensual
- Reporte de beneficios de su retiro de la agencia emisora

No residentes del Condado de Santa Cruz:

- Solicitud de Servicio Affidavit²

¹La declaracion debe incluir los ingresos brutos y las deducciones de ingresos del individuo, la frecuencia de los ingresos, la firma, la fecha, y la dirección comercial y el número de teléfono del empleador.

²Forma será proporcionado



Aplicación – Programa Habilidad de Pagar

La elegibilidad para el Programa de Habilidad para Pagar (ATP) se basa en el número de miembros en la familia y el ingreso total de la familia. El programa ATP aplica a los servicios proporcionados por la División de Servicios de la Clínica de HSA, no a los servicios proporcionados por proveedores médicos externos. Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Informacion del Solicitante		Fecha de hoy:		
Primer Nombre:	Segundo:	Apellido:	Otros Nombres (AKA):	
Direccion:	Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	
Apartado Postal:	Ciudad:	Estado:	Zona Postal:	
Tel. casa:	Tel. celular:			
¿Es elegible para Medi-Cal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé o no está seguro	Seguro Social #	¿Tiene seguro médico? (circule uno) Si No		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Fuente de Ingresos (mensual)		
		Empleador	No-empleador	Retiro/Disabilidad
1. Solicitante:				
2. Esposo(a)/Pareja:				
3. Dependes Niños (Menos de 21): a. b. c.				
Total [sumar 1-3 arriba]				

Para agregar miembros adicionales de la familia, puede agregar otra hoja de solicitud.

Numero total de miembros en el hogar: _____

Total de ingreso mensual del hogar: \$ _____

Certifico bajo pena de perjurio según las leyes del Estado de California que he proporcionado información completa y correcta sobre los ingresos como se muestra arriba. Entiendo que cualquier información u omisión engañosa o falsificada puede descalificarme del Programa ATP. Estoy de acuerdo en informar a la oficina de negocios de la clinica si hay cambios en la información proporcionada en mi solicitud.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

OFFICE USE ONLY

FPL %: _____

Annual Income Verified: _____

ATP Tier Level: _____

Effective Date: _____

Approved by [print name]: _____

Expiration Date: _____



Declaración – Programa Habilidad de Pagar

Fecha: _____

Nombre del solicitante: _____

Dirección del solicitante: _____

Teléfono/celular del solicitante: _____

Autoinforme de No Ingresos

- Certifico que actualmente no recibo ingresos y notificare a la oficina de negocios de la clínica si esto cambia.

Firma: _____ Fecha: _____

Solicitud de servicios de no residencia

- No soy residente del Condado de Santa Cruz; sin embargo estoy solicitando servicios de la Agencia de Servicios del Condado de Santa Cruz por la siguiente razón (es): _____

Firma: _____ Fecha: _____