

**Hamilton Center, Inc., año fiscal 18, DECLARACIÓN JURADA de ELEGIBILIDAD FINANCIERA
para individuos con HAP (DSC) osin cobertura de seguro elegibles**

**Completar cada nuevo episodio de atención y cada 180 días para individuos conHAP (DSC) abierto o
individuos sin cobertura de seguro elegibles**

El abajo firmante da fe de los siguientes hechos:

Residente de Indiana Sí ☐ No ☐ (Detenerse) **Nota:** Quienes no sean residentes de Indiana no reúnen los requisitos para HAP/DSC o tarifas reducidas

RECIBO:	MEDICAID/HIP	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	CUPONES PARA ALIMENTOS	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
	TANF	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Incluyéndolo a usted, la cantidad de dependientes que viven del ingreso familiar _____

COBERTURA DE SEGURO COMERCIAL Sí ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa: Nombre del asegurador: _____

(Información de registro del pagador en el perfilador)

Si se marca Medicaid, HIP, Cupones para alimentos o TANF, no se requiere verificación de ingresos.

Verificación de ingresos

Proporcione el ingreso familiar que respalde la cantidad de dependientes listada anteriormente:

A. Adjunte una copia de la declaración del impuesto federal a las ganancias del año anterior

O

B. Ingresos familiares Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa: **ANUALIZADOS** _____

Por año _____ Por mes _____ Por quincena _____ Por semana _____

Pagados por: Cheque Sí ☐ No ☐ (Adjunte una copia del talón, si está disponible)

Efectivo Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es afirmativa: Origen _____

Busco una reducción en las tarifas basada en mi elegibilidad para el HAP (DSC) o como individuo elegible sin cobertura de seguro, la cual requiere un nivel de ingreso individual (esto incluye familiares correspondientes) en o por debajo del 200 % de la pobreza de la siguiente manera: La prueba de ingresos es de **\$24,120** por año **o menos** para un individuo soltero más **\$8,360** por dependiente. (**Marque con un círculo** el Tamaño/Ingreso que se aplique a su situación.)

Tamaño -	Ingreso	Tamaño -	Ingreso	Tamaño -	Ingreso
1	\$24,120	4	\$49,200	7	\$74,280
2	\$32,480	5	\$57,560	8	\$82,640
3	\$40,840	6	\$65,920	>8	
					añadir \$8,360 por cada persona adicional

Afirmo que la información provista en el presente es verdadera y correcta. Comprendo que, si he dado información falsa o incorrecta, cualquier reducción en las tarifas que se me haya dado se rescindirá inmediatamente y seré personalmente responsable del pago de cualquier reducción en las tarifas que se me haya otorgado anteriormente y de cualquier costo de cobranza afrontado por Hamilton Center, Inc.

Nombre del paciente en letra de imprenta

Firma del paciente o del padre/madre/tutor si es menor de 18 años

Dirección

Teléfono

Fecha

Ciudad Estado Código postal

Número de paciente _____

Firma del testigo

Fecha