



## INFORMACION REQUERIDA PARA APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE CUIDADO MEDICO

Todos los solicitantes deben presentar los siguientes documentos al momento de la cita:

- **2 pruebas de residencia del Condado “Indian River” Una actual y una de 6 meses atrás.**
- **1 identificación con foto o 2 comprobantes de identificación**
- **Comprobantes de los ingresos familiares de las ultimas 8 semanas**

### Prueba de residencia pueden ser:

- Recibo de luz, Agua\*
- Recibo de teléfono\*
- Recibo del alquiler\*
- Licencia de conducir
- Recibo de Impuesto
- Exención de vivienda
- Otros documentos aceptados por  
El Distrito

*NOTA: P.O. Boxes no son aceptados  
como prueba de residencia*

### La verificación de los ingresos familiares deben ser:

#### Para Solicitantes Trabajadores

1. Talones de cheques del salario de las ultimas 8 semanas o carta de su empleador, indicando la Ganancia bruta.
2. Para trabajadores independientes, copia de la declaración de impuestos del año anterior. (1040 Income Tax Form).

#### Para Solicitantes Desempleados:

1. Una carta del solicitante explicando como ha vivido sin ingreso.
2. Carta de apoyo económico. Si usted esta recibiendo ayuda de alguien, tiene que presentar una carta hecha por esta persona indicando que le esta ayudando, con copia de su identificación. .

#### Si usted esta colectando desempleo, tiene que presentar:

1. Copia del cheque o carta de la oficina de desempleo.

#### Para Solicitantes Discapacitados:

1. Carta de la oficina de discapacidad incapacitada que usted esta Discapacitado.
2. Prueba del cheque con la cantidad recibida por discapacidad.

#### Para Solicitantes con ingresos de Seguridad Social:

1. Prueba de la cantidad del cheque que recibe mensualmente. La oficina del Seguro Social le puede emitir esta prueba.

**Si usted quiere solicitar este  
programa o si tiene alguna pregunta  
por favor llame al teléfono:  
(772)257-8224**

**Central Vero: Ext. 740  
Oslo: Ext. 323  
Fellsmere: Ext. 122**

**POR FAVOR LLAMENOS PARA HACERCITA**

Todos los residentes de Indian River County, son elegibles para el programa Sliding Fee Scale sin distinción de edad, raza, sexo o condición legal. La elegibilidad estará basada en log ingreso familiares y numero de miembros familiares. **Los pacientes que tienen Medicaid o son potencialmente elegibles para Medicaid, no calificaran para este programa.** El programa de Sliding Fee Scale solo cubre los costos en Treasure Coast Community Health; no cubre servicios fuera de esta facilidad médica.



## APPLICATION PARA **Asistencia Financiera**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Estatus Marital:          Sortero          Casado          Viudo          Divorciado          Separado

Nombre del Encargado \_\_\_\_\_

Dirección Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código/Postal \_\_\_\_\_

Dirección Residencial \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo/Postal \_\_\_\_\_

Cuanto tiempo tiene de Residente en Indian River \_\_\_\_\_ Años \_\_\_\_\_ Meses

Teléfono de la Casa \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### Información de Familia/Personal

Nombre de los Miembros Del la Familia	Relación	Edad	Fecha de Nacimiento	Ciudadano de EU?	Numero de Seguro Social	Seguranza Médica
	<b>Paciente</b>					

TOTAL Numero de Familia:

### Información de Sueldo y Empleo

Empleo del Guardián del paciente	Dirección de Empleo	Sueldo Mensual
Ocupación del Esposo o Esposa	Nombre y dirección del Empleado	Sueldo Mensual
Otros	Otra Fuentada Ingreso	Sueldo Mensual

### Información Financiera / Accesos

Dirección de la hipoteca de Su Casa: \_\_\_\_\_ Compañía de su hipoteca \_\_\_\_\_

Valor de hipoteca: \_\_\_\_\_ Balance Debido \_\_\_\_\_ Equidad \_\_\_\_\_

Cuenta de Cheque: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Banco Cantidad# Balance

Cuenta de Ahorros: \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_  
Banco Cantidad # Balance

Otros Accesos:    Si    No    Si eligió Si Explique \_\_\_\_\_

Auto 1: Año \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Balance \_\_\_\_\_

Auto 2: Año \_\_\_\_\_ Marca \_\_\_\_\_ Modelo \_\_\_\_\_ Balance \_\_\_\_\_

## Gastos Obligatorios y Mantenimiento

Tipos de Gastos	Pagos Mensuales	Balance Debido
Hipoteca o Renta	_____	_____
Agua	_____	_____
Luz	_____	_____
Teléfono	_____	_____
Cable	_____	_____
Pago de Carro	_____	_____
Seguro de Carro	_____	_____
Tarjetas de Crédito	_____	_____
Préstamos Personales	_____	_____
Hospital y Doctores	_____	_____
Otros Gastos Personales	_____	_____
Comida	_____	_____
<b>TOTAL</b>		

Estampillas de Comida \_\_\_\_\_

Asistencia de Casas del Gobierno  
\_\_\_\_\_

**NETA DE INGRESOS** \_\_\_\_\_

- Yo certifico que soy recedente del Condado de Indian River por lo menos 6 meses o más. Y que todo lo escrito en esta aplicación es cierta. Y si se descubre información falsa en esta aplicación se le puede negar.
- Yo certifico que esta información en esta aplicación es cierta. Y se pueda negar si se descubre información falsa.

Autorizo TCCH para verificar toda la información dada. Entiendo que TCCH hará todo lo posible para mantener esta información con total confianza. Entiendo que, de conformidad con la ley s. 817.50, proporcionar información falsa para defraude a un proveedor de cuidado medico a los efectos de obtener servicios médicos es un delito menor en Segundo grado. También entiendo que cualquier recuperación de dinero o seguro de responsabilidad civil que pueda ser pagado o por mi en una fecha posterior para estos servicios debe ser pagado a TCCH. Fracaso de entregar cualquier cantidad de otro seguro para TCCH podría resultar en término del programa Sliding Fee Scale.

\_\_\_\_\_  
Firma del Apicante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de testigo / Fecha



## **SLIDING FEE SCALE PROGRAM**

### **DECLARACION DE GANANCIAS**

Yo, \_\_\_\_\_ certifico que trabajo por mi cuenta o que he trabajado por dinero en efectivo, durante los últimos \_\_\_\_\_ meses / años.

Mi promedio de ganancias mensuales es de \$ \_\_\_\_\_. No tengo documentación de ganancias y no he declarado impuestos de ganancias obtenidas.

Por lo general, trabajo haciendo \_\_\_\_\_. Si necesita contactar a alguien para verificar esta información, puede llamar y pedir una referencia a:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Hago constar que toda la información enlistada aquí es correcta y verdadera en mi mejor conocimiento. Entiendo que el proveer información falsa con la intención de defraudar a un hospital a fin de obtener bienes o servicios es un DELITO en segundo grado, de acuerdo a la cláusula SECT. 817.50, del Estatuto del Estado de la Florida.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha