



PO Box 397 • 450 Tatone Street, Boardman, OR 97818 • 541-481-7212 • www.erhclinic.net

Date Issued: _____

Returned: _____

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS

INSTRUCCIONES

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, estamos disponibles para ayudarlo. Si le gustaría asistencia con el “Medical de Óregon” o el Mercado de Seguros Médicos, pida cita con nuestra Especialista de Seguros & Inscripciones. Se le notificará la respuesta a su solicitud de descuentos, por correo.

- Llene la Parte A, B, C, & F de la solicitud.
- Otorgue comprobantes de ingresos para todos los miembros de su hogar. Documentos aceptables pueden ser uno de los siguientes:
 - 1) TALONES DE CHEQUE DE LOS ULTIMOS DOS MESES
 - 2) REPORTE DE IMPUESTOS, DEL AÑO PASADO (TAXES)
 - 3) FORMULARIOS W-2
 - 4) ESTADO DE CUENTA, SI ES DEPOSITO DIRECTO (eje. beneficio de desempleo, seguro social)
- Si no tiene comprobantes de ingresos: También llene la Parte D & E. Una entrevista puede ser requerida.
- Si trabaja por su propia cuenta necesita proveer su reporte más reciente de impuestos (taxes).
- Todos los adultos deberán firmar la Parte F.
- La solicitud deber ser completa y entregada dentro de dos semanas de la fecha otorgada.

-Solicitudes incompletas se regresarán sin ser procesadas.

*** OFFICE USE ONLY ***	
Effective Date	
Level	
SSF Bracket	
Language	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish
Processed by	
Name:	



PO Box 397 • 450 Tatone Street, Boardman, OR 97818 • 541-481-7212 • www.erhclinic.net

PARTE A

DEMOGRÁFICA

Nombre de Cabeza de Hogar: _____ No. de Seguro Social (opcional): _____

Domicilio Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. de Teléfono: _____ Celular: _____ No. del Trabajo: _____

Contacto Local y No. de Teléfono (opcional): _____

Nombre de Empleador & Domicilio: _____ Ocupación: _____

Nombre de Cónyuge/Pareja: _____ No. de Seguro Social: _____

Teléfono: _____ Celular: _____ No. del Trabajo: _____

Nombre de Empleador & Domicilio: _____ Ocupación: _____

PARTE B

MIEMBROS DEL HOGAR

Miembros del Hogar: Por favor anote a todos los miembros de su hogar de quien es financieramente responsable. Apúntese a Uds. primero, después a su cónyuge/pareja (si tiene) y luego a los otros miembros quienes forman parte de su hogar.

Nombre (Nombre, I.S, Apellido)	Fecha de Nacimiento	Relación	¿Es paciente? (Sí/No)	¿Vive en su hogar? (Sí/No)
		Yo		
		cónyuge/pareja		



PO Box 397 • 450 Tatone Street, Boardman, OR 97818 • 541-481-7212 • www.erhclinic.net

PARTE C INGRESOS

¿Es dueño de casas o propiedades de renta? Sí No

Escriba los ingresos mensuales de todos los miembros de su hogar. Necesita proveer comprobantes. Si no puede proveer comprobantes, porfavor complete la Parte D & E de la solicitud.

Salario/Ingresos	\$	Desempleo	\$
Ingresos de Rentas	\$	Pensión	\$
TANF	\$	Seguro Social	\$
Estampillas de Comida	\$	Otro:	\$

PARTE D DECLARACIÓN DE INGRESOS

****Solo conteste lo siguiente si no puede proveer comprobantes de ingresos****

Yo declaro que los ingresos combinados, de todos los miembros de mi hogar, de los últimos tres meses fueron un total de \$_____. Además, certifico que no puedo proveer comprobantes de los ingresos, debido a la(s) siguiente(s) razón(es): _____

Entiendo que yo pueda calificar para el Programa de Descuento (de acuerdo a las guías federales), por un tiempo limitado, y si nuestros ingresos y/o la cantidad de miembros en mi hogar cambia, estoy consciente de que tendré que solicitar para el Programa de Descuento, de nuevo.

PARTE E INFORMACIÓN DE SOSTENIMIENTO

****Solo conteste lo siguiente si no puede proveer comprobantes de ingresos****

1. ¿Cómo paga el alquiler/hipoteca de su casa/vivienda? _____
2. ¿Cómo paga por sus servicios públicos? (drenaje, basura, agua, teléfono, electricidad, etc.) _____
3. ¿Cómo es que compra sus alimentos? _____
4. ¿Cómo pagaría por sus servicios médicos y recetas médicas? _____
5. En resumen, por favor describa su situación actual y como es que usted vive y se sostiene. Indique si usted está recibiendo algún tipo de ayuda o asistencia por parte de algún familiar, amistad, agencia pública o de gobierno, o cualquier otra persona o agencia. _____



PO Box 397 • 450 Tatone Street, Boardman, OR 97818 • 541-481-7212 • www.crhclinic.net

PARTE F VERIFICACIÓN DE DATOS

Yo declaro que toda la información en este formulario es verdadera y correcta y autorizo que Columbia River Health (CRH) pueda verificar esta información. He leído y entiendo este acuerdo que se considera válido. Una foto copia de tales tendrá validez como el original. También entiendo que si hay cualquier cambio en mis circunstancias debo notificar a Columbia River Health inmediatamente. Toda la información en este formulario será confidencial. Declaro bajo pena de perjurio, de que todas las declaraciones contenidas en esta solicitud y los documentos adjuntos son completos, verdaderos y correctos, con pleno conocimiento de que todas las declaraciones hechas en esta solicitud están sujetas a investigación y que cualquier respuesta falsa o engañosa a cualquier pregunta pueda ser motivo para negación o revocación posterior de mi solicitud. Todos los adultos deben firmar a continuación para reconocer que están de acuerdo con lo posteriormente mencionado.

Firma, Cabeza de Hogar Fecha

Firma, Cónyuge/Pareja Fecha

Firma de Adulto Fecha

Firma de Adulto Fecha

Firma de Adulto Fecha

Firma de Adulto Fecha



PO Box 397 • 450 Tatone Street, Boardman, OR 97818 • 541-481-7212 • www.crhclinic.net

Additional Information/Notes **Office Use Only**

Date		CRH Staff Name	
Patient Name			DOB
Notes			
Date		CRH Staff Name	
Notes			
Date		CRH Staff Name	
Notes			