|  |
| --- |
| **PRUEBA ALTERNATIVA DE INGRESOS** |

**Por favor, lea lo siguiente:**

Valley Family Health Care (VFHC) ofrece un programa de descuentos con tarifas variables para ayudar a que la atención médica sea más accesible y asequible. Si califica, puede recibir servicios a un costo menor.

Para saber si cumple los requisitos, necesitamos saber:

• El tamaño de su familia

• Sus ingresos anuales

• Una prueba de sus ingresos

Puede demostrar sus ingresos con cualquiera de los siguientes documentos:

• Talones de cheque

• Extractos bancarios (últimos 90 días)

• Verificación de desempleo o empleo del estado

• Declaración de impuestos del año pasado, si es autónomo (anexos C, E o F)

• Carta de discapacidad del Seguro Social o Medicare

• Una carta de su empleador o de alguien con quien viva

**Si no puede proporcionar una prueba razonable de sus ingresos, tenemos otras opciones.**

La póliza de VFHC establece que no se le negará la atención a nadie porque no pueden pagar o no pueden proporcionar prueba de ingresos. Este formulario nos ayuda a determinar si aún puedes calificar para in descuento.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre (en letra de imprenta): |  |
| **Marque con una palomilla una de las siguientes razones:** |
|  | No tengo ninguna fuente de ingresos. |
|  | No puedo proporcionar ninguna de las formas estándar de prueba documentada de ingresos; esta es mi prueba de ingresos. |
| Mis ingresos brutos anuales (antes de impuestos) son: $ |
| **Lea atentamente las siguientes declaraciones, marque cada casilla, firme y feche a continuación:** |
|  | **SOLO PARA EL ENCABEZADO DE LA CASA:**He completado la solicitud de descuento de tarifa variable de la mejor manera posible. |
|  | Si obtengo una prueba de ingresos estándar más adelante, se la entregaré a VFHC para que puedan revisar y reevaluar cualquier descuento que haya recibido antes de proporcionar la prueba de ingresos estándar. |
| Explicación (si es necesario): |
| Firma: |  | Fecha: |  |
| Nombre del empleado: (en letra de imprenta): |  | Fecha: |  |
|  |
| **PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL** |
| Si este formulario es para otra persona que no sea el cabeza de familia, rellene la siguiente sección: |
| **Solicitud de tarifa variable Información del cabeza de familia:** |
| Nombre (en letra de imprenta): |  | MRN: |  |