

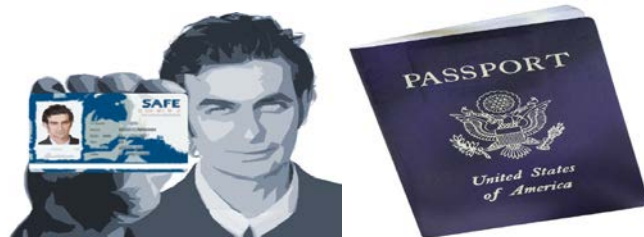
NUESTRA OFICINA DE AYUDA FINANCIERA NO ESTA DISPONIBLE  
LOS MIERCOLES SOLAMENTE PARA PRENATAL



PACIENTES POR PRIMERA VEZ/ NEW PATIENTS

**\*\*YOU HAVE 14 DAYS TO SUBMIT APPLICATION\*\***

Picture ID, Passport or a driver's license/Prueba de Identidad, Licencia o Pasaporte



Tarjeta del Seguro Social (OPCIONAL)/ Tarjeta de Seguro Medico  
Your Social security card (OPTIONAL)/Insurance Card/



- Prueba de Dirección como una factura de gas o luz
- Prueba de Ingreso (4 últimos talonarios de Cheque)
- Proof of address ( can be like gas or electricity bill)
- Proof of income (4 last pay stubs )



Si no le pagan con cheques una carta notariada que indique  
el ingreso económico semanal/Taxes del ano vigente  
A notarized letter stating how much Money you  
Make week or Incomtax Return from the year

1040 U.S. Individual Income Tax Return 2008		
Line 1	Adjusted gross income	2,326
Line 2	Standard deduction or itemized deductions	0
Line 3	Taxable income	2,326
Line 4	Estimated tax payments	0
Line 5	Refund of estimated tax	0
Line 6	Tax	2,558

**\*\*USTED TIENE 14 DIAS PARA ENTREGAR SU APLICACIÓN\*\***

# DOCUMENTOS Y REQUISITOS



Número de Personas en el Hogar: \_\_\_\_\_ RETRO: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION

1. \_\_\_\_\_ **COMPLETAR LA APLICACION**
2. \_\_\_\_\_ Identificación con Foto \_\_ **PACIENTE** \_\_ **ESPOSO(A)** \_\_ **FAMILIAR**  
Identificación de su País de origen (Pasaporte, Cedula, Tarjeta consular, Licencia de Conducir, Tarjeta Electoral, Tarjeta de Residencia o Pasaporte)
3. \_\_\_\_\_ Copia de las Tarjetas del Seguro Médico \_\_ **NINO(A)**  
(Husky, Medicaid, Medicare o seguro privado de los miembros de familia o menores de 18 de su hogar)
4. \_\_\_\_\_ Copia Certificados del Nacimiento \_\_ **NINO(A)**  
(Niños menores de edad)
5. \_\_\_\_\_ Copia Tarjeta Del Seguro Social \_\_ **NINO(A)**
6. \_\_\_\_\_ Prueba de Dirección (Utilidades, Teléfono, Cable, Recibo del Hospital) **PACIENTE**

INGRESOS ECONOMICOS MIEMBROS DE LA FAMILIA: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ Copia del último año de la forma de impuestos W2/TAXES paquete completo
2. \_\_\_\_\_ Copia **últimos 2 estados financieros** del banco
3. \_\_\_\_\_ Los **4 últimos talonarios** de pago de su ingreso Económico, copias de su cheques
4. \_\_\_\_\_ Si recibe ingreso en Efectivo, una carta de su Empleador especificando el salario Semanal (**Copia Carta Notarizada**)
5. \_\_\_\_\_ Si no trabaja, una carta que usted no trabaja de la Persona o Familiar que le ayuda Económicamente (**Copia Carta Notarizada**)
6. \_\_\_\_\_ Si recibe o No recibe manutención de niño (**Copia Carta notarizada**)
7. \_\_\_\_\_ Carta servicios sociales si usted recibe cupones de comida o asistencia de dinero.
8. \_\_\_\_\_ Copia de Seguro Social o Pensión

## INFORMACION ADICIONAL

- 1 \_\_\_\_\_ Copia Recibo de Renta o Recibo de Hipoteca o Carta notarizada especificando pago De renta
- 2 \_\_\_\_\_ Copia de la carta del Departamento de Servicio Sociales indicando que no es elegible O Califica para un Seguro del Estado de Connecticut

# DOCUMENTS AND REQUIREMENTS



Number of people in your household \_\_\_\_\_ *RETRO:* \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_ **COMPLETE APPLICATION**
2. \_\_\_\_ **Photo ID** (Copy of Permanent Resident Card (Green Card, Passport, driver license Or Any identification from your original Country) \_\_\_\_ **Patient** \_\_\_\_ **Hubs/Wife** \_\_\_\_ **Family**
3. \_\_\_\_ Copy of Social Security Card \_\_\_\_ **Child**
4. \_\_\_\_ Copy of Birth Certificate \_\_\_\_ **Child**
5. \_\_\_\_ Copy of State Insurance card, Husky, Medicaid or Private Insurance for all members In your family (mother, father, children) \_\_\_\_ **Child**
6. \_\_\_\_ Copy of Proof Of Address (Utility Bills or Hospital Bills) \_\_\_\_ **Patient**

Household Income: \$

1. \_\_\_\_ **Copy of Most recent Tax Return** (IRS1040, 1040A, 1040EZ), W-2/Return Forms
2. \_\_\_\_ **Copy of Bank Statements (the last 2 months).**
3. \_\_\_\_ **Copy of Pay stubs for last 4 weeks**
4. \_\_\_\_ **Notarized letter** from Employer if cash or itself (copy)
5. \_\_\_\_ **Notarized letter** from the person who is your economical support
6. \_\_\_\_ Copy of Alimony and Child support letter
7. \_\_\_\_ Copy of Foods Stamp or Cash Assistance-Letter from Dept. of Social Service

## Additional Information Request

1. \_\_\_\_ Rent Receipt, Mortgage Receipt or Notarized Letter
2. \_\_\_\_ Department of Social Services Denial Letter

**Sliding Fee Discount Program  
Application**

It is the policy of Optimus Health Care, Inc. to provide essential services regardless of the patient's ability to pay. Discounts are offered based on family size and annual income. Please complete the following information and return to \_\_\_\_\_ determine if you or members of your family are eligible for a discount.

The discount will apply to all services you receive at Optimus Health Care, except those services or equipment that are purchased from or provided by other vendors, including medical and dental laboratory testing services laboratory testing equipment and supplies, drugs and X-ray interpretation by a consulting radiologist and such other services. This form must be completed every 12 months or if your financial situation changes.

**Name:** \_\_\_\_\_  
**Address:** \_\_\_\_\_  
**Telephone:** \_\_\_\_\_

**Members of Household**

Relationship	Name	Date of Birth	Social Security	Place of Birth
Self				
Spouse				
Dependent				
Dependent				
Dependent				
Dependent				
Dependent				

**Employment Income:**

Head of Assistance Group: \_\_\_\_\_  
Name of Employer: \_\_\_\_\_  
Employer Address: \_\_\_\_\_  
Average Weekly Gross Income: \_\_\_\_\_  
Is there another member of assistance group employed? Y\_\_\_ N\_\_\_  
Name of Employer: \_\_\_\_\_  
Employer Address: \_\_\_\_\_  
Average Weekly Gross Income: \_\_\_\_\_

**Medical Insurance:**

Policy Holder: \_\_\_\_\_ Primary: \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_  
Policy Holder: \_\_\_\_\_ Secondary: \_\_\_\_\_ Policy # \_\_\_\_\_

**Source of Income:**

Type	Yes	No	Amount
Social Security			
State Welfare			
Workers' Compensation Insurance			
Veteran's Benefits			
Pension			
Child Support/Alimony			
Other (Type and Source)			

**NOTE: Copies of tax returns, pay stubs, or other information verifying income may be required before a discount is approved.**

**Room and board provided by:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_

I certify that all information given on this application is true and accurate to the best of my knowledge. I authorize OPTIMUS HEALTH CARE to obtain information from others in order to verify the information contained in this application. I agree to notify OPTIMUS HEALTH CARE of any changes in my income and or any changes in any other information provided on this application.

Print Name of Applicant: \_\_\_\_\_

Signature of Applicant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Signature of Optimus Representative: \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Aplicación Para Programa De Descuento  
Auto-Declaración De Ingreso**

**Nombre de Aplicante:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Miembros del Grupo de Asistencia:**

Relación	Nombre	Fecha de Nacimiento	Seguro Social	Lugar de Nacimiento
Usted				
Esposa(o)				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				
Dependiente				

**Ingreso de Empleo:**

Persona Empleada: \_\_\_\_\_

Nombre de Compania: \_\_\_\_\_

Dirección de Compania: \_\_\_\_\_

Cantidad de ingreso Semanal: \_\_\_\_\_

Otro miembro en familia que trabaja? Si \_\_\_ No \_\_\_

Nombre de Compania: \_\_\_\_\_

Dirección de Compania: \_\_\_\_\_

Cantidad de ingreso Semanal: \_\_\_\_\_

**Seguro Medico:**

Asegurado: \_\_\_\_\_ Primario: \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

Asegurado: \_\_\_\_\_ Secundario: \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_

**Otra Clase de Ingreso:**

Clase	Si	No	Cantidad
Seguro Social			
Welfare			
Compensación de Trabajo			
Beneficios de Veterano			
Pension			
Soporte de Hijos			
Otra clase			

**No tengo ningun ingreso. Alojamiento y techo son proporcionado por \_\_\_\_\_.**

**Relacion: \_\_\_\_\_.**

**Derechos y Responsabilidades de Solicitante:**

Certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Certifico que no tengo otra manera de documentar mis ingresos y que toda la información anterior es verdadera y exacta. Autorizo OPTIMUS de atención médica para recibir información de terceros con el fin de verificar la información contenida en esta solicitud. Estoy de acuerdo en notificar a OPTIMUS HEALTH CARE de cualquier cambio en mis ingresos y o cualquier cambio en cualquier otra información proporcionada en esta solicitud.

Firma de Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma de Representante de Optimus HC: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_