

DOCUMENTOS Y REQUISITOS

Número de Personas en su hogar: _____ RETRO: _____

DOCUMENTOS DE IDENTIFICACION

1. ____ Aplicación Diligenciado
2. ____ Identificación con foto (Residencia Permanente, Pasaporte, Licencia de Conducir o Identificación de su país de origen)
3. ____ Tarjeta del Seguro Social (menores de edad)
4. ____ Certificados del Nacimiento (menores de edad)
5. ____ Carnet de seguro Husky, Medicaid o privado para todos los miembros de la familia
6. ____ Prueba de Dirección (Recibo de Utilidades o Recibo del Hospital)

Ingreso Económico Del Hogar: \$

1. ____ Declaración de impuestos más reciente (IRS1040, 1040A, 1040EZ), W-2 / Formulario de devolución
2. ____ Últimos 2 estados financieros del banco
3. ____ Los 4 últimos desprendibles de pago
4. ____ Carta del empleador (si recibe pago en efectivo o si eres independiente)
5. ____ Carta de la persona que es su apoyo económico
6. ____ Si recibe o No recibe manutención de hijo(a)
7. ____ Carta servicios sociales si usted recibe cupones de comida o asistencia de dinero.
8. ____ Seguro Social o Pensión

Información Adicional

- 1 ____ Recibo de Renta o Hipoteca
- 2 ____ Carta del Departamento de Servicio Sociales indicando que no es elegible O Califica para un Seguro del Estado de Connecticut

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

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 _____ 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

Nombre de Apicante:
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 Compañía:
Dirección de Compañía:
Cantidad de ingreso Semanal:
Otro miembro en familia que trabaja? Si___ No___
Nombre de Compañía:
Dirección de Compañía:
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: _____