



310 E Broadway, Suite 100  
Louisville, KY 40202

### **PROGRAMA DE DESCUENTOS POR ESCALA MÓVIL**

La clínica Have A Heart es una organización benéfica bajo sección 501 (c)(3) que provee cuida a la salud cardiovascular de una calidad muy alta. Todos los pacientes pueden solicitar un descuento por escala móvil basado en el tamaño de su familia/hogar y sus ingresos.

¿Usted es **NO ASEGURADO**? (¿No tiene seguro médico?)

- ¿Sus ingresos caen por **debajo del 200% del nivel de pobreza federal**? Usted es eligible para recibir **cuida a la salud GRATUITA**.
- ¿Sus ingresos superan el **200% del nivel de pobreza federal**? Solo pagará el cargo permitido por Medicare.

¿Es **ASEGURADO**?

- **Facturaremos su seguro médico.**
- **Si sus ingresos caen al o por debajo del 200% del nivel de pobreza federal, no pagará los coaseguros, copagos, y/o deductibles.**

La tabla con el 2022 nivel de pobreza federal está en la próxima página. Por favor revise la tabla para determinar su nivel de ingresos, porque puede cumplir los requisitos para servicios gratuitos o descontados.

**PARA SER ELIGIBLE PARA LOS SERVICIOS GRATUITOS O DESCONTADOS, SE DEBE LLENAR TODAS LAS PÁGINAS DE LA SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA Y SE DEBE VERIFICAR LOS INGRESOS.**

Si tiene preguntas sobre los cargos permitido por Medicare, por favor llame a la oficina al 502-245-0002.

<b>2022 Pautas Federales de Pobreza</b>		
<b>Tamaño del hogar</b>	<b>200% del nivel de pobreza</b>	
<b># de personas</b>	<b>Anual</b>	<b>Mensual</b>
1	\$27,180	\$2,265
2	\$36,620	\$3,052
3	\$46,060	\$3,838
4	\$55,500	\$4,625
5	\$64,940	\$5,412
6	\$74,380	\$6,198
7	\$83,820	\$6,985
8	\$93,260	\$7,772

**Solicitud para un descuento financiero**

Para ser considerado para un descuento financiero, tendría que completar nuestra aplicación de ayuda financiera e incluir los ingresos para todos los miembros del hogar.

**Prueba de ingresos**

Las pruebas de ingresos aceptables incluyen:

- Impuestos federales del año anterior
- Talones de los últimos 3 meses
- Declaraciones w-2 o desempleo, carta de los beneficios de seguro social
- Carta de beneficios por discapacidad
- Si le pagan en efectivo: carta del jefe, firmada, donde indique cuánto gana al mes
- Si no tiene ningún tipo de ingresos, una carta que explica sus medios de vida (se incluye este formulario al final de esta solicitud)

Si no suministra una prueba de ingresos adecuada o no cumple los requisitos, basado en la información entregada, usted será responsable para todos los cargos y se esperará que pague para cada visita.

**Estamos aquí para servirle. Contamos en su honestidad. SE DEBE LLENAR COMPLETAMENTE LOS FORMULARIOS PARA LA CONSIDERACIÓN.**

Gracias,

Have A Heart Clinic



**SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento del paciente

**Información de contacto del paciente:**

\_\_\_\_\_  
Dirección de la calle

\_\_\_\_\_  
Apt. #

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico personal: \_\_\_\_\_

**Información de la familia del paciente:**

Estado civil (marque uno):      Casado    Soltero    Viudo    Divorciado    Separado

Lugar de empleo del cónyuge: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del cónyuge: \_\_\_\_\_

Número de celular del cónyuge: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleo del cónyuge: \_\_\_\_\_

Favor de listar el nombre, edad y relación de todas las personas quienes viven en su hogar. Si algún miembro del hogar es mayor de 18 años, señale si la persona es estudiante.

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Relación</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



**Información de salud del paciente:**

Tiene cobertura de seguro médico al momento de servicio (Por favor marque uno)  Sin seguro  Medicare  Medicaid  Otros: \_\_\_\_\_

Has solicitado asistencia médica federal o estatal:  Sí  No

Si solicito, cuando fue esto: \_\_\_\_\_

Si No, por qué? \_\_\_\_\_

**Información de empleo del paciente:**

Lugar de empleo: \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleo: \_\_\_\_\_

Dirrección de correo electrónico del empleo: \_\_\_\_\_

**Información de los ingresos del paciente:**

Por favor liste todos los ingresos (salarios, pensiones de jubilación, ingreso de incapacidad, los ingresos por intereses, prestaciones por desempleo, beneficios de indemnización de trabajo, pagos de AFDC, seguridad social, manutención, etc.) de los últimos 12 meses.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ADJUNTAR COPIA DE UNO DE LOS SIGUIETES DOCUMENTOS:

- IMPUESTOS FEDERALES DEL AÑO ANTERIOR
- TALONES DE LOS ÚLTIMOS 3 MESES
- DECLARACIONES W-2 O DESEMPLEO
- CARTA DEL BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL
- CARTA DE BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD
- SI LE PAGAN EN EFECTIVO: CARTA DEL JEFE, FIRMADA, DONDE INDIQUE CUANTO GANA AL MES



Comprendo que, al firmar este formulario, certifico que toda la información listada y proporcionada es verdadera y correcta a mejor de mi conocimiento. Entiendo que la información debe ser utilizada para determinar mi capacidad de pago por los servicios prestados por Have a Heart y permito a Have a Heart compartir la información necesaria para consideración mi solicitud de ayuda financiera. Permito Have a Heart investigar la información contenida en este documento y obtener informes de crédito. Entiendo que Have a Heart podría negar mi solicitud de ayuda financiera si no cumpla con los requisitos de asistencia financiera o si la información proporcionada por mí es incorrecta, incompleta o fraudulenta.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Dirección, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

---

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # Seguro social: \_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN DE "ESTATUS DE NO PRESENTAR IMPUESTOS"**

Yo, \_\_\_\_\_ (nombre en imprenta), certifico que no he presentado formas de impuestos federales con el IRS (servicio de rentas internas de Estados Unidos) en los últimos \_\_\_\_\_ años debido a bajos ingresos.

También certifico que no fui declarado el año anterior como dependiente en los impuestos federales de otra persona.

Comprendo, que al firmar este formulario, certifico que toda la información listada es verdadera y correcta a mejor de mi conocimiento. Permito a Have a Heart investigar la información en este documento.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Dirección, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

---

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # Seguro social: \_\_\_\_\_



**Have A Heart auto declaración de ingresos**

declaro que he estado trabajando y recibí pago en efectivo por la cantidad de \$\_\_\_\_\_ cada (circulé uno): día    semana    dos semanas    mes  
\_\_\_\_\_ No tengo talones de cheque u otra documentación para demostrar mis ingresos.

Declaro que no tengo empleo y ningún tipo de ingresos.

Certifico que con mi firma todo lo que he expuesto en esta Declaración es verdadera y correcta a mejor de mi conocimiento.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Dirección, ciudad, estado, código postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ # Seguro social: \_\_\_\_\_