



Usted puede ser que califique para nuestro descuento de la escala del honorario que resbalaba si:

- **Su renta de casa está debajo de las cantidades enumeradas abajo**

Número en casa	Ingresos por año totales	Número en casa	Ingresos por año totales
1	\$24,980	5	\$60,340
2	\$33,820	6	\$69,180
3	\$42,660	7	\$78,020
4	\$51,500	8	\$86,860

- **Usted completa “resbalar el uso de la escala del honorario”**
La aplicación está disponible por otro lado.
- **Usted proporciona la prueba de la renta.**

cheque masculino del sueldo, Trozo actual de la paga. Vuelta de impuesto sobre la renta actual (*después del 1 de juliost debe tener otra forma de prueba*, Declaración anual de la concesión de la Seguridad Social, Depósito directo de la demostración del extracto de cuenta de la Seguridad Social, inhabilidad SSI o pago de la pension, La letra del patrón que indicaba el salario y horas cada hora trabajó por semana

**Todas las formas NECESIDAD termínese con requerido todo
La documentación sometida antes de elegibilidad será eficaz.
Los usos parciales no pueden ser procesados.**

Puesto al día por el nivel 2019 de pobreza del gobierno

Resbalar el uso de la escala del honorario

Fecha: _____

Nombre paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Please Print

Total de los miembros de la casa _____

Triad Health Systems, Inc. proporciona los servicios del cuidado médico para los residentes y los empleados de los condados del Gallatin, de Carroll y de Owen. Para asegurar que todos los residentes y empleados pueden continuar recibiendo el healthcare que pueden tener acceso y permitirse debemos mandar la cuenta a pacientes basados en su capacidad a la paga.

(Leído y firme con iniciales cada línea)

Entiendo que eso la mala representación deliberada by/of cualquier miembro de la casa puede dar lugar a:

_____ que todos los miembros de la casa que son excluya del programa de la escala del honorario que resbala.

_____ El todo el recibida los descuentos de la escala del honorario que resbala debido a la mala representación será anulado y pagadero por mí.

_____ Procesamiento del bajo federal aplicable, estado, y leyes locales.

Lista **todos** miembros de la casa, sin importar edad, y la renta para cada uno. **Una una copia de cada tipo de renta.** Los ejemplos de la renta son (*pero no limitado a*): Salarios • Self-Employment • SSI • Niño y/o ayuda de Spousal • RSDI • Comp de los trabajadores' • Desempleo • Pensión de los veteranos • Renta agrícola • Estampillas del alimento

	Nombre	Fecha de nacimiento	Amt. \$\$	(W) eekly (B) yo-semanal (M) onthly (Y) temprano	Fuente
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

¿Éste ha sido los ingresos medios para los últimos 12 meses? Sí Ningún si no, explica por favor las diferencias.

Certifico la información dada estoy verdad y correcto. También certifico que he divulgado toda la renta de casa y acuerdo divulgar cualquier cambio en renta de casa. Entiendo que ése el abastecimiento de la información falsa en esta declaración es conforme al procesamiento bajo federal, estado y/o ley local, y que puede descalificarse y a todos mis miembros de la casa del programa de la escala del honorario que resbala. Doy Triad Health Systems, Inc. permiso de obtener la información financiera con objeto de la verificación de la renta de casa

Signature _____ teléfono _____

sustantivo dirección femenino _____