

AcadianaCares tiene la intención de proporcionar servicios de salud y bienestar a los clientes y pacientes a un precio asequible. Con el fin de hacer esto, AcadianaCares debe conocer y documentar cuánto dinero se gana para proporcionar servicios a tarifas reducidas apropiadas, de acuerdo con la escala de tarifas deslizantes de la Agencia. Su información también puede ayudar a AcadianaCares determinar si usted es elegible para otros programas de asistencia financiera. Si tiene preguntas sobre esta solicitud, comuníquese con AcadianaCares al 337-233-2437, ext. 176.

Primer nombre/apellido del solicitante		Seguridad social #	Fecha de nacimiento
Primer/apellido del cónyuge		Seguridad social #	Fecha de nacimiento
Dirección postal		Dirección de correo electrónico	
Ciudad, estado, código postal		Teléfono #	
Nombre del empleador, dirección, teléfono		Nombre del empleador del cónyuge, dirección, teléfono	

Ingreso familiar: indique la cantidad y la frecuencia de pago (\$ por semana, mes o año). Por favor, proporcione una copia de su comprobante de ingresos o pago más reciente.

Salarios	Ingresos por incapacidad	Los pagos de bienestar	Beneficios de veterano
Ingresos empresariales	Desempleo	Manutención infantil	Comprobación/ahorro
Granja/renta estacional	Beneficios del seguro social	Pensión alimenticia	Otros (describa)
Asistencia pública	Pensiones/anualidades	Jubilación	Ingreso total/año

Información adicional para miembros del hogar

Nombre, relación, fecha de nacimiento	Nombre, relación, fecha de nacimiento
Nombre, relación, fecha de nacimiento	Nombre, relación, fecha de nacimiento
Nombre, relación, fecha de nacimiento	Nombre, relación, fecha de nacimiento

FOR OFFICE USE ONLY:
Date Received: _____ Status: _____ Initials: _____

Total # en el hogar

Se requiere una copia de su comprobante de ingresos, o prueba de que no recibe ingresos, para procesar su solicitud.

1. Prueba de ingresos

La prueba del ingreso familiar incluye:

1. una copia de la declaración de impuestos del año anterior o formulario W-2.
2. Verifique los talones de su trabajo actual o una carta de su empleador indicando ganancias brutas.
3. prueba de los ingresos de la seguridad social, cupones de alimentos u otra asistencia pública.
4. prueba de manutención infantil o conyugal.

2. Prueba de no ingreso

Si actualmente no tiene ingresos del hogar, por favor incluya uno de los siguientes:

1. Declaración de la Comisión de la fuerza laboral de Louisiana aprobar o negar la compensación por desempleo.
2. Aviso de terminación del empleador anterior.
3. Aviso de despido del empleador anterior.
4. Declaración de la persona que suministra alimentos y refugio.
5. Prueba de Medicaid o cancelación de bienestar.
6. Si no hay ingresos en el momento de la evaluación de elegibilidad financiera, la familia será designada como una tarifa de diapositiva A y la evaluación financiera se revisará en 90 días. Describa en una página separada cómo su familia es apoyada financieramente (es decir, ahorros, préstamos

3. Otros ingresos

Describa en una página separada cualquier situación inusual no descrita previamente.

Declaración de entendimiento

La información que proporcioné sobre el tamaño de mi familia y los ingresos anuales brutos de mi familia de todas las fuentes es verdadera, precisa y completa a mi mejor conocimiento. He dado información sobre mi situación financiera y mi capacidad para pagar con el propósito de obtener un descuento financiero para los servicios de atención médica prestados a mí o a mi familia por el centro de salud y bienestar comunitario de AcadianaCares. Entiendo que AcadianaCares se basará en dicha información para determinar una tasa de descuento aplicable, en su caso, para mi cuenta. **Entiendo que proporcionar información falsa a sabiendas puede resultar en un enjuiciamiento criminal.**

Sé que la información que he dado continuará siendo invocada hasta que se cambie. Acepto reportar cualquier cambio en mis ingresos o el tamaño de mi familia a AcadianaCares antes o en el momento del próximo contacto de mi o de un miembro de la familia con AcadianaCares.

Entiendo que mi estado de descuento se revisará anualmente y se ajustará de acuerdo con los ingresos y el tamaño de mi familia en el momento de la revisión. Si AcadianaCares tiene razones para sospechar que la información que proporcioné es falsa, inexacta o obsoleta, AcadianaCares puede iniciar una revisión de mi estado.

Por la presente autorizo la investigación de todas las declaraciones contenidas en el presente y autorizo la liberación de todos los registros de empleo, registros bancarios y otra información financiera a un agente de AcadianaCares.

Mi firma a continuación indica que toda la información que proporcioné es fiel a lo mejor de mi conocimiento.

Firma/fecha del solicitante

Firma/fecha del cónyuge