Asociación Clinica Médica Rosa Clark

SOLICITUD DE RE-INSCRIPCION PARA PACIENTE

***Debe completar solo si desea calificar para la escala móvil de tarifas.

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento: _____

SS#: _____

Teléfono #: _____ Alternativo #:_____ Correo electrónico:_____

Dirección:_____ _____

Calle Ciudad Estado Códico Postal

Dirección postal si es diferente a la de arriba:_____

Por favor, marque si alguno de estos se aplica a usted:

Sin Hogar_____ Residente de vivienda pública_____ Inseguridad alimentaria___ Veterano_____

Inseguridad habitacional _____ Tensión Financiera _____

Falta de transporte/acceso al transporte _____

Si tiente seguro por favor anote aquí:_____

*****Por favor proporcione la tarjeta de seguro a la coordinadora de inscripción para que la copie

¿Cuántas personas viven en la dirección anterior? _____

Indique la cantidad de ingreso bruto mensual de cada persona en el hogar:

Usted $_____ Fuente de ingreso:_____

Otros ingresos del hogar $_____ Fuente de ingreso:_____

Otros ingresos del hogar $_____ Fuente de ingreso:_____

Ingreso bruto mensual total $_____

Escala de Tarifas Rosa Clark 2024

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Personas en el Hogar	**A o debajo del 100% FPL o debajo**	**A 101% - 125% FPL**	**A 126% - 150% FPL**	**A 151% - 200% de FPL**
1	0 a $15,060	$15,061 a $18,826	$18,827 a $22,590	$22,591 a $30,120
2	0 a $20,440	$20,441 a $25,551	$25,552 a $30,660	$30,661 a $40,880
3	0 a $25,820	$25,821 a $32,276	$32,277 a $38,730	$38,731 a $51,640
4	0 a $31,200	$31,201 a $39,001	$39,002 a $46,800	$46,801 a $62,400
5	0 a $36,580	$36,581 a $45,726	$45,727 a $54,870	$54,871 a $73,160
6	0 a $41,960	$41,961 a $52,451	$52,452 a $62,940	$62,941 a $83,920
7	0 a $47,340	$47,341 a $59,176	$59,177 a $71,010	$71,011 a $94,680
8	0 a $52,720	$52,721 a $65,901	$65,902 a $79,080	$79,081 a $105,440
For families/households with more than 8 persons, add $5,380 for each additional person.				
There is no discount for household income over 200% of the Federal Poverty Guidelines				
Visita de Oficina	$0.00	$2.00	$5.00	$10.00
Copago de farmacia por RX	$0.00 por RX	$1.00 por RX	$2.00 por RX	$3.00 por RX

Estamos obligados a verificar sus ingresos para proporcionar la escala móvil de tarifas. Podemos usar cualquiera de los siguientes para verificar sus ingresos:

Declaraciones de Impuestos del Año anterior

Últimos 4 talones de pago

Carta de Assistencia de Vivienda Temporal

Carta de elegibilidad de SNAP

Carta de Elegibilidad del Seguro Social

Al firmar abajo, yo certifico:

Que la información anterior es verdadera y exacta y por la presente autorizo tratamiento

_____ _____

Fecha Firma del Paciente/Guardian

_____ _____

Fecha Coordinador de Inscripciones

Revised 2/28/2023