

Aquí está la lista de requisitos para procesar su aplicación del descuento de NOAH. Favor de traer **toda la información más reciente** a su cita.

Comprobante de tamaño de familia: *Acta de nacimiento para todos los miembros de familia aunque no estén aplicando.*

Ejemplos incluyen:

- Acta de nacimiento (para todos los miembros de la familia)
- Auto declaración (si no cuenta con ningún documento oficial)

Opcional:

- Pasaportes
- Tarjeta de residencia legal
- Licencia de Conducir
- Matriculas con foto
- Identificación de tribu con foto
- Certificado de ciudadanía
- Auto declaración
- Identificación de del gobierno estatal, local o extranjero

Comprobantes de Ingresos: para TODOS los miembros de la familia por los últimos 30 días. Todo el ingreso derivado y no derivado del trabajo. Pago Semanal-4 recibos de pago/pago quincenal-2 recibos de pago/ Mensual- 1 talón;

Ejemplos incluyen:

- Cartas de Beneficios de Seguro Social
- Documentos de impuestos
- Desempleo
- Manutención de los hijos
- Beneficios de jubilación/Pensión
- Programas de estudio y trabajo
- Ingresos por cuenta propia de los últimos 30 días
- Calendario
- Carta de auto declaración
- Carta de auto declaración de no ingresos
- Regalos monetarios
- Carta de manutención

Otro Seguro Médico y Dental (opcional) (de cada miembro de familia que tenga otro tipo de seguro)

- Tarjetas de seguro de cobertura médica y dental (Incluyendo tarjetas de AHCCCS)

Favor de llamar al: (480) 882-4545 para preguntas, cambio de cita, o cancelar

Personas mayores de 18 años de edad necesitan aplicar por separado

Favor de llegar 15 minutos antes de su cita y llenar la primera página de la solicitud



Solicitud Para el Programa de Descuento

- Nueva Solicitud
- Renovación

Venado Valley Health Center	Desert Mission Health Center	Heuser Family Medicine	Palomino Health Center	Midtown Health Center	Copperwood Health Center
20440 N. 27 th Ave Phoenix, AZ 85027	9201 N. 5 th St. Phoenix, AZ 85020	7301 E. 2nd St. # 210 Scottsdale, AZ 85251	16251 N. Cave Creek Rd Phoenix, AZ 85032	4131 N. 24th St, #B102 Phoenix, AZ 85016	11851 N. 51st Ave, #B110 Glendale, AZ 85304

Fecha de solicitud:	Estado civil:
Solicitante:	MRN:
Dirección, estado, código postal:	
Teléfono de casa/celular:	Teléfono de su trabajo:
Teléfono para dejar mensaje:	¿Última solicitud de AHCCCS?

Por favor enumere a **todos** los miembros de su familia inmediata:

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Genero	Raza	Relación	AHCCCS? (Sí/No)	¿Aplicando para el descuento? (Sí/No)
					(si mismo)		



Solicitud Para el Programa de Descuento

- Nueva Solicitud
- Renovación

Ingresos de toda la familia:

Miembro de la familia:	Persona/Compania / Fuente:	Frecuencia de pago:	Cantidad: \$
Miembro de la familia:	Persona/ Compania/Fuente:	Frecuencia de pago:	Cantidad: \$
Miembro de la familia:	Persona/ Compania/Fuente:	Frecuencia de pago:	Cantidad: \$

Entiendo y acepto que soy responsable por cualquier costo asociado con el tratamiento médico fuera de NOAH, incluyendo, pero sin limitarse a, medicamentos, servicios de especialidad (laboratorio, radiología, cardiología, cuidados respiratorios) y remisiones a otros médicos. Entiendo que si decido no entregar documentación en referencia al tamaño de la familia e ingresos, NOAH podrá encontrarme no elegible para el programa del descuento. Entiendo que si los ingresos de mi familia exceden el 200% del Nivel Federal de Pobreza, no seré (serán) elegibles para el descuento de NOAH.

Estoy de acuerdo en que en el momento de recibir el servicio, pagaré el copago al que califiqué. Entiendo que yo soy responsable de renovar esta solicitud anualmente.

Por medio de la/el presente certifico y entiendo que di respuestas correctas en referencial a mi tamaño familiar e ingreso.

Firma del solicitante

Fecha

Especialista de Recursos Comunitarios

Fecha



Solicitud Para el Programa de Descuento

- Nueva Solicitud
- Renovación

Para Uso de la Oficina Únicamente:

Effective Date: _____

Expiration date: _____

FPL: _____

Total number of members in Household: _____ Total Household Yearly Income \$ _____

FPL Calculation:

Appointments Made: (Whom and Type):

Family Size:

- Birth Certificates (for everyone) Qty: _____
- Written Self Attestation (if nothing available)

Optional:

- Passports
- Permanent Resident Card
- Driver License (Optional)
- Tribal ID
- Written Self Attestation
- Picture ID issued by local, state, or foreign government

- Other Medical/ Dental Insurance: (Ex. AHCCCS) (if Applicable)

Income:

- Paycheck Stub
- Employer's Statement
- Award Letter
- Payment Calendar
- Letter from income source-Person Supporting Financially
- Self-Attestation for Self-Employment
- Tax Return : _____ (year)
- No Income Self Attestation

Community Resource Referrals:

- Utility
- AHCCCS(Medical, SNAP,CA,MSP)
- Unemployment
- WIC
- Housing
- Transit
- Child Care
- Food Bank
- School
- Medicare
- Other: _____