

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 (*Seguro Social Y efectivo TANF*)
- 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

*Typo de Cita:*

- Virtual/Teléfono
- En-Persona

*Clínica de NOAH (seleccioné uno):*

- Venado Valley HealthCenter: 20440 N. 27<sup>TH</sup> Ave, Phoenix, AZ 85027
- Desert MissionHealth Center: 9015 N 3<sup>rd</sup> St, Phoenix, AZ 85020
- Heuser FamilyMedicine: 7301 N 2<sup>nd</sup> St, Suite 210, Scottsdale, AZ, 85251
- Palomino Health Center: 16251 N Cave Creek, Phoenix, AZ, 85304
- Midtown HealthCenter: 4131 N 24<sup>th</sup> Street, Suite B-102, Phoenix, AZ, 85016
- Copperwood Health Center: 11851 N 51<sup>st</sup> Avenue, Suite B-110, Glendale, AZ, 85304
- Otro: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_