

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: *para todos los miembros de familia*, aunque no estén aplicando.
 - Ejemplos:
 - Identificación expedida por el gobierno estatal, local o extranjero **vigente**
 - Acta de nacimiento
 - Auto declaración (si no cuenta con ningún documento oficial)

- Comprobantes de Ingresos: para **TODOS** los miembros de la familia por los últimos 30 días de la fecha de la cita. Todo el ingreso derivado y no derivado del trabajo. Pago Semanal-4 recibos de pago/pago quincenal-2 recibos de pago/ Mensual- 1 pago.
Ejemplos:
 - Cartas de Beneficios (*Seguro Social Y efectivo TANF*)
 - Ingresos de Renta
 - Documentos de impuestos más recientes (forma 10-40, incluyendo anexo C)
 - Desempleo
 - Manutención de los hijos
 - Seguro Social
 - Ingreso de programa de retiro de Ferrocarril
 - 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

Favor de llamar al: (480) 882-4545 para agendar una cita.

Horas de operación comienza a las 7 am – Citas están programadas el mismo día y espacio está limitado.

Favor de llegar 15 minutos antes de su cita

** Personas mayores de 18 años de edad necesitan aplicar por separado.*



Neighborhood Outreach Access to Health

- Nueva Solicitud
- Renovación

Solicitud Para el Programa de Descuento

Tipo de Cita:

- Virtual/Teléfono
- En-Persona

Clínica de NOAH (seleccione uno):

- Venado Valley Health Center: 20440 N. 27TH Ave, Phoenix, AZ 85027
- Desert Mission Health Center: 9015 N 3rd St, Phoenix, AZ 85020
- Palomino Health Center: 16251 N Cave Creek, Phoenix, AZ, 85304
- Midtown Health Center: 4131 N 24th Street, Suite B-102, Phoenix, AZ, 85016
- Copperwood II Health Center: 11851 N 51st Avenue, Suite F-140, Glendale, AZ, 85304
- Cholla Health Center: 8705 E McDowell, Scottsdale, AZ, 85257

Fecha de Solicitud:	Estado Civil:
Dirección, Estado y Código Postal:	
Número de teléfono:	Teléfono de su trabajo:
Correo Electrónico:	Ultima Solicitud de AHCCCS:

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

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

Solicitud Para el Programa de Descuento

Ingresos de toda la familia:

Miembro de la familia:	Persona/compañía / Fuente:	Frecuencia de pago:	Cantidad: \$
Miembro de la familia:	Persona/ compañía/Fuente:	Frecuencia de pago:	Cantidad: \$
Miembro de la familia:	Persona/ compañía/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 las respuestas que proporcione son correctas en referencial a mi tamaño familiar e ingreso.

Firma del solicitante

Fecha

Especialista de Recursos Comunitarios

Fecha



Neighborhood Outreach Access to Health

- Nueva Solicitud
- Renovación

Solicitud Para el Programa de Descuento

Para Uso de la Oficina Únicamente:

Effective Date: _____

Expiration date: _____

FPL: _____

Household Size: _____

Household Annual Income: \$ _____

FPL Calculation:

Income:

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

Other: _____

Family Size:

- Birth Certificates Qty: ____
- Written Self Attestation Qty: ____
- Passports Qty: ____
- Permanent Resident Card Qty: ____
- Driver License Qty: ____
- Tribal ID Qty: ____
- Written Self Attestation Qty: ____
- Picture ID issued by local, state, or foreign government Qty: ____

Other: _____

Notes:
