



Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201

NUNM Centro de Información: 503-552-1551

### SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE CUIDADO COMPASIVO

Comprobantes de ingresos son requeridos para completar la solicitud. Requisitos deben cumplirse completamente para inscribirse en el programa de asistencia financiera. Usted será notificado(a) por un empleado de NUNM sobre el estatus de su solicitud.

1. Paciente: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Apellido Fecha de Nacimiento

2. (Para Habitantes de Oregon) NUNM ofrece asistencia para inscribirse a Medicaid / El Plan de Salud de Oregon (OHP).  
¿Le interesaría que un asistente de solicitud se comunice con usted para hacer una cita de inscripción?  Sí  No

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono Correo Electrónico

### 3. Relación al Nivel Federal de Pobreza:

\*El Ingreso del Hogar son los ingresos combinados brutos (antes de impuestos) de todos los miembros de un hogar fiscal (todos las personas legalmente conectadas o personas relacionadas quienes comparten un hogar o residencia) quienes tienen 15 años de edad o más.

# Total de Personas En Su Hogar	Ingresos Brutos Combinados de Todos en el Hogar	¿Con que Frecuencia Recibe la Cantidad el Hogar? (Elija uno)			
	\$	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual

### 4. Documentos Para Apoyar la Declaración de Ingresos

¿Qué tipos de documentos trajo para comprobar sus ingresos de hogar? \_\_\_\_\_

Se me han olvidado mis documentos y reconozco que se me dará un periodo de cortesía de 30 días para proporcionar mis documentos. Después de ese periodo de tiempo, no seré elegible para recibir descuentos hasta que no presente mi documentación.

### 5. Por favor seleccione todo lo que sea aplicable a usted.

Jubilado Federal o Recipiente de Medicare Federal  Veterano(a)  62 Años o Más de Edad

### 6. Reconocimiento de la Póliza de Descuentos

*Entiendo que si soy elegible para recibir un descuento, será aplicado solamente cuando pague en la recepción después de la cita. Descuentos no son aplicados para individuos quienes solicitaron facturación de cortesía (a los que se les envió la cuenta a su domicilio), o para pacientes quienes se les olviden pagar después de su cita.*

*Verifico que esta información es un recuento correcto y complete sobre mi hogar y mi estado financiero en este momento.*

*He leído y estoy de acuerdo con las provisiones de la solicitud de asistencia financiera.*

*Si fue indicado, estoy de acuerdo con que me contacte un representante de NUNM para inscribirme al Plan de Salud de Oregon.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

STAFF USE ONLY: Circle the best discount option: Tier 1, Tier 2, Tier 3 / Time of Service Only / Honored Citizen  
FPL % \_\_\_\_\_ / Initial when complete: FPL Field \_\_\_\_\_ / Patient Tier Flag \_\_\_\_\_ / Scanned documents \_\_\_\_\_



Date Completed: \_\_\_\_\_

MRN: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Campus Principal: 3025 SW Corbett Ave. Portland, OR 97201

NUNM Centro de Información: 503-552-1551

**VERIFICACIÓN DE INGRESOS**

Llene la información abajo solamente si no tiene otra manera de comprobar su ingreso. Toda la información tiene que estar llenada completamente; con las cajillas aplicables marcadas y preguntas contestadas. Si no llena la solicitud completamente, podrá resultar en que su solicitud sea rechazada.

- Actualmente estoy desempleado(a) y no tengo fuentes de ingreso.
  - No tengo acceso fácil a mis talones de cheques o mi estado de cuenta.
  - Estoy empleado por cuenta propia y tengo varias fuentes de ingreso.
  - No declaro impuestos y no tengo una declaración de impuestos
  - Hago trabajo que solamente paga en efectivo.  
¿Cuál es o son la(s) fuente(s) de su ingreso?: \_\_\_\_\_
  - Tengo una razón diferente- Por favor explique: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Solicitante/recipiente tiene que leer lo siguiente y firmar abajo:**

*Verifico que no tengo otra manera de documentar mis ingresos y que toda esta información es verdadera y correcta. Entiendo que esta información será utilizada para determinar mi elegibilidad para los Programas de Seguro de Salud Públicos y es revaluada anualmente. Entiendo que oficiales del programa pueden verificar la información contenida en este formulario. También entiendo que si intencionalmente represento inadecuadamente mis ingresos actuales, tendría que reembolsar los beneficios recibidos y podría ser procesado bajo la Ley Estatal.*

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**STAFF USE ONLY: Circle the best discount option:** Tier 1, Tier 2, Tier 3 / Time of Service Only / Honored Citizen  
FPL % \_\_\_\_\_ / Initial when complete: FPL Field \_\_\_\_\_ / Patient Tier Flag \_\_\_\_\_ / Scanned documents \_\_\_\_\_