

Frontera Healthcare Network

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Certificado de Ingresos**

Entiendo que el centro de salud determinará mi elegibilidad en base a estas figuras. Entiendo además que si me declaran haber dado información inexacta, será motivo para el centro de salud al no permitir mi descuento y me cobran para algún descuento recibido basado en la información falsa.

Firma \_\_\_\_\_

**Personas Viviendo en el Hogar**

Nombre	Fecha de nacimiento)	Genero	Relacion)
_____	_____-_____-_____-	_____	_____
_____	_____-_____-_____-	_____	_____
_____	_____-_____-_____-	_____	_____
_____	_____-_____-_____-	_____	_____
_____	_____-_____-_____-	_____	_____

Fuente de ingresos \_\_\_\_\_

Los ingresos \_\_\_\_\_

La Cantidad anual \_\_\_\_\_ Numero de personas en el hogar \_\_\_\_\_ Code \_\_\_\_\_

Firma de personal de la oficina \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

Registro Federal /18 de Enero, 2018

Horario de descuento basado en 2018 limites de ingreso federal de pobreza de HHS

Quantos en la familia	100% Nominal De -A	De - A	De - A	30% De-A	100% Mas de
1	\$0.00 - \$12,140	\$12,141 - 18,210	\$18,211 - \$21,245	\$21,246 - \$24,280	\$24,281 >
2	\$0.00 - \$16,460	\$16,461 - 24,690	\$24,691- \$28,805	\$28,806 - \$32,920	\$32,921>
3	\$0.00 - \$20,780	\$20,781 - 31,170	\$31,171 - \$36,365	\$36,366-\$44,560	\$41,561 >
4	\$0.00 - \$25,100	\$25,101 - \$37,650	\$37,651- \$43,925	\$43,926-\$50,200	\$50,201 >
5	\$0.00 - \$29,420	\$29,421- \$44,130	\$44,131 - \$51,485	\$51,486 - \$58,840	\$58,841 >
6	\$0.00 - \$33,740	\$33,741- \$50,610	\$50,611 - \$59,045	\$59,046-\$67,480	\$67,481>
7	\$0.00 - \$38,060	\$38,061 - \$57,090	\$57,091 - \$66,605	\$66,606 - \$76,120	\$76,121 >
8	\$0.00 - \$42,380	\$42,381 - 63,570	\$63,571 - \$74,165	\$74,166 - \$84,760	\$84,761>
9	\$0.00 - \$46,700	\$46,701 - \$70,050	\$70,051- \$81,725	\$81,726 - \$93,400	\$93,401>
10	\$0.00 - \$51,020	\$51,021 - \$76,530	\$76,531- \$89,285	\$89,286-\$102,040	\$102,041 >
11	\$0.00 - \$55,340	\$55,341 - \$83,010	\$83,011- \$96,845	\$96,846 - \$110,680	\$110,681>
12	\$0.00 - \$59,660	\$59,661 - \$89,490	\$89,491- \$104,405	\$104,406- \$119,320	\$119,321>
13	\$0.00 - \$63,980	\$63,981 - \$95,970	\$95,971 - \$111,965	\$111,966 - \$127,960	\$127,961 >
14	\$0.00 - \$68,300	\$68,301- \$102,450	\$102,451- \$119,525	\$119,526- \$136,600	\$136,601 >
15	\$0.00 - \$72,620	\$72,621 - \$ 108,930	\$108,931- \$127,085	\$127,086 - \$145,240	\$145,241 >

Nota: Ningún paciente se negará servicios basan en la incapacidad documentada a pagar

\_\_\_\_\_ Mediante la firma de esta línea, se niegan a proporcionar información financiera y que soy consciente de que no soy elegible para descuentos.