

Client ID # \_\_\_\_\_

Please Return By: \_\_\_\_\_



## **SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA**

**INFORMACIÓN e INSTRUCCIONES:** La tarifa de escala proporcional se basa en las guías federales del nivel de pobreza. La tarifa a pagar por cliente se basará en los ingresos del hogar y el número de personas residentes en el hogar.

Su elegibilidad para asistencia se considerara sin importar la raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, estado de veterano, creencia política, orientación sexual, estado civil, situación financiera, o cualquier otras características o rasgos que separan a un individuo aparte de otros.

### **ESTA SOLICITUD ES NECESARIA SI DESEA SER CONSIDERADO PARA TARIFAS REDUCIDAS. TENGA EN CUENTA:**

Lakeside requiere que los clientes sometan todas las pruebas de la información reportada con documentos de apoyo. Sin los documentos, su solicitud no puede ser considerada.

Todos los clientes que se benefician de tarifas reducidas están obligados a notificar inmediatamente a Lakeside cambios en ingresos o cambios de personas en el hogar.

Actualización de la tasa de descuento puede solicitarse en cualquier momento por un cliente o representante de Lakeside.

A CONTINUACIÓN SE ENUMERAN LOS ELEMENTOS QUE NECESITA PARA COMPLETAR LA SOLICITUD. POR FAVOR TRAIGA ESTOS DOCUMENTOS A LA OFICINA DE REGISTRO DE LAKESIDE PARA QUE SU SOLICITUD PUEDA SER PROCESADA. TODOS LOS DOCUMENTOS TIENEN QUE SER LLEVADOS EN PERSONA. NO SE ACEPTARÁ DOCUMENTOS INCOMPLETOS, DEBEN SER ACTUALES Y ORIGINALES.

**LAS APLICACIONES SON PROCESADAS DE LUNES AL VIERNES DE 7:30 AM - 12:45 PM Y 2 PM - 3 PM EN LA CLÍNICA DE MEDICAMENTOS PARA ADULTOS (ZONA AMARILLO).**

### **Marque las casillas adecuadas para este cliente.**

**Todas las que apliquen debe proporcionar lo siguiente:**

1. **Identificación valida del condado de Orange, Osceola, Brevard or Seminole o pasaporte con documentos que muestran que se ha solicitado la Identificación.**
2. **La tarjeta de Seguridad Social del cliente y todos los dependientes o una carta de la Oficina de seguro Social indicando Que las tarjetas se solicitaron.**
3. **Una factura de electricidad o agua, contrato de arrendamiento o hipoteca de la casa (Con la misma dirección que tenemos en nuestro sistema )**
4. **Carta de denegación de Medicaid o prueba de que ha solicitado.**
5. **Todo el ingreso familiar incluyendo: Pensión alimenticia, manutención de niño, préstamos estudiantiles o un fondo fiduciario, si los recibe.**

**Solicitantes desempleados o los que reciben ayuda de otra persona:**

1. Una carta de adjudicación o denegación de los cupones de alimentos.
2. Documentación de asistencia: es decir, la indemnización de desempleo o la carta de denegación.
3. Si son ayudados por otra persona, debe proporcionar una carta notarial actual (si las personas que le apoyan viven con usted necesitan mostrar una identificación válida con foto y la Carta no tiene que ser notarizada).

**Empleados por cuenta propia:**

1. Formularios de impuestos de los últimos 2 años.
2. Si faltan formularios de impuestos, una contabilidad de las pérdidas comerciales y los beneficios de un contador para el año que falta.

**Empleado:**

1. Un mes de sueldos consecutivo – 2 talonarios si pagan quincenal o bimensual, 1 si mensuales y 4 si semanal.
2. Si trabaja en un grupo de trabajo diario (Labor Pool) ,debe traer todos los talonarios del mes anterior.
3. Si cobra por comisión, al menos tres meses consecutivos de talonarios de pago.

**Recibe SSDI o SSI:**

1. Copia de la Carta de adjudicación, comprobante, o si tiene deposito directo, un estado de cuenta bancario.
2. Carta de adjudicación o denegación de los cupones de alimentos.

**Si no tiene hogar:**

1. Carta de un refugio (en papel con membrete del refugio) o del administrador de casos.
2. Cupones de alimentos: Carta de adjudicación o denegación de los cupones de alimentos.

**\*\* FAVOR DE NOTIFICARNOS SI HA SOLICITADO SEGURO MEDICO O SI YA TIENE SEGURO \*\***

Certifico que toda la información que proporcione a Aspire Health Partners, Inc. es fiel a mi mejor entender y creencia. Entiendo que de acuerdo con los estatutos de Florida sección 817.50 proporcionar información falsa para defraudar a un proveedor de atención médica con el fin de obtener bienes y servicios es un delito menor de segundo grado. Autorizo a todos los bancos, los empleadores y las instituciones financieras a revelar información financiera referente a mí a los representantes autorizados Aspire Health Partners, Inc.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente, guardián, o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Aspire Representative Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**PARA USO OFICIAL SOLAMENTE**

**CRITICAL DATA**

CLIENT NUMBER \_\_\_\_\_  
TOTAL NUMBER OF DEPENDENTS \_\_\_\_\_  
TOTAL HOUSEHOLD INCOME \_\_\_\_\_  
ELIGIBLE DISCOUNT \_\_\_\_\_

**AUTHORIZED BY:**

EMPLOYEE NAME \_\_\_\_\_  
DATE \_\_\_\_\_

NOTES

Medicaid Outcome:  **455 Applied**  **470 Denied**  **Other:**