

Camino Health Center

Certificación de Ingresos

Chart No: _____

Por favor conteste todas las preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas son confidenciales. Es necesario hacer preguntas personales para poder determinar si usted califica para obtener descuentos en sus visitas médicas. Si usted elige no completar esta forma no será elegible para obtener un descuento. Este formo es importante para su salud porque Camino usa esta información para estar seguro de que recibe la mejor atención sin importa sus ingresos.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

1. Seguros Médicos: Yo recibo beneficios médicos de los siguientes seguros médicos:

- Medicare Covered California - Blue Shield PPO No estoy recibiendo ninguna cobertura de seguro
 Medi-Cal / CalOptima

Numero de seguro (I.D.): _____

2. Ingresos de la familia: Mi familia recibe \$ _____ por cada:

- Semanal (52) Quincenal (26) Mensual (12) Anual (1)

Si no tiene ingresos:

- Mi familia no recibe salarios ni ingresos. No estoy trabajando, o recibiendo beneficios del seguro de desempleo o seguro de incapacidad. Mis ingresos son \$0.

3. Miembros en la familia: _____

Al firmar abajo yo certifico que la información de arriba es precisa y correcta y que he reportado todos mis ingresos. Yo reconozco que seré requerido a verificar mis ingresos anualmente y proveeré verificación de ingresos cuando sea requerido.

Firma del paciente o guardián legal: _____ **Fecha:** _____

FOR STAFF USE ONLY

Calculate: \$ _____ (family income) X _____ (per year) = \$ _____ (annual income)

Enter annual income to calculate Sliding Fee Payment Amount: \$ _____ per visit.

Comments:

Additional income documentation provided:

- Check Stubs
 Tax Forms (W2, Disability, SSI)
 Bank Statement
 Other: _____

PATIENT REFUSED TO SIGN CERTIFICATION OF INCOME FORM

Staff Signature: _____

Date: _____