



Solicitud de asistencia financiera de escala variable

Favor de completar la solicitud en su totalidad. Solicitudes incompletas resultarán en un retraso en el proceso de determinación de elegibilidad. La información enviada como parte de esta solicitud puede ser verificada por el personal de BestCare. Los solicitantes recibirán una notificación de elegibilidad dentro de 14 días de entregar una solicitud completa.

BestCare no puede garantizar que los solicitantes califiquen para recibir asistencia financiera. No todos los servicios son elegibles para recibir asistencia financiera. Devuelva en persona a cualquier sitio de BestCare, por correo al Departamento de Facturación de BestCare, PO Box 1710 Redmond, OR 97756, o por fax al 541-316-7422.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE			
Apellido:	Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Número de teléfono:		Correo electrónico:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA				
La familia se define como dos personas o más que viven juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio/unión doméstica, o adopción.				Tamaño de la familia:
Nombre <i>(incluya el nombre del solicitante)</i>	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	Ingreso mensual bruto total <i>(si 18 años o más)</i>	¿Cliente de BestCare?
				Sí No

INFORMACIÓN DE INGRESOS	
Se requiere información de ingresos para todos los miembros de la familia mayores de 18 años. A continuación, hay una lista de la documentación que aceptamos; Se debe proveer prueba de cada fuente de ingresos. Si no puede proveer documentación, puede presentar una declaración firmada que describa sus ingresos.	
<ul style="list-style-type: none">• Declaración de impuestos del año pasado• Declaración W-2• Talones de pago actuales (2 meses)• Declaración firmada por empleador	<ul style="list-style-type: none">• Aprobación/denegación de elegibilidad para la compensación por desempleo• Aprobación/denegación de TANF o estampillas para alimentos, etc. que muestren ingresos calculados
Si no tiene ingresos, hable con un miembro del personal o llame al Departamento de Facturación al 541-516-4087.	

ACUERDO CON EL PACIENTE
Entiendo que los Servicios de Tratamiento de BestCare pueden verificar la información que estoy enviando para ayudar a determinar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera. Afirmo que la información en esta solicitud es correcta según mi leal saber y entender. Entiendo que, si la información que presento es falsa, puede resultar en la denegación de asistencia financiera y puedo ser responsable de pagar por los servicios prestados.

Firma del solicitante

Fecha

Fecha de vencimiento de la solicitud