



**Solicitud de exención de la excepción de elegibilidad de ingresos del paciente**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del programa: \_\_\_\_\_

**LO DEBE COMPLETAR LA PARTE RESPONSABLE:**

La razón por la que necesito asistencia financiera es la siguiente *(Proporcione un comprobante de ingresos)*:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre en letra imprenta del paciente/responsable	Relación de la parte responsable con el paciente
_____	_____
_____	_____

**TO BE FILLED OUT BY CHESTNUT FAMILY HEALTH CENTER STAFF ONLY:**

Annual Income: \_\_\_\_\_ No. of Dependents: \_\_\_\_\_ Current Co-pay: \_\_\_\_\_

This patient meets the exemption criteria to qualify for waived fees because:

- \_\_\_\_\_ 1. A dependent adult whose spouse or other responsible party is unwilling to assume financial responsibility or the cost of treatment.
- \_\_\_\_\_ 2. A dependent minor who is not Medical Benefits, All Kids and Family Care eligible and/or whose parent(s) or legal guardian is unwilling to assume financial responsibility for the cost of treatment.
- \_\_\_\_\_ 3. A pregnant woman who is not Medical Benefits, All Kids and Family Care eligible and has no insurance benefits that cover the cost of treatment.
- \_\_\_\_\_ 4. A member of a family unit whose combined debt for prior medical expenses (not covered by insurance) exceeds 7.5 % of the total gross family income. (Attach copies of prior medical bills)
- \_\_\_\_\_ 5. A patient with an extenuating circumstance that meets any additional hardship guidelines.
- \_\_\_\_\_ 6. An individual for whom the fee is the sole inhibitor to accept treatment

Suggested Copay: \_\_\_\_\_ Effective Date: \_\_\_\_\_

Comments: \_\_\_\_\_

Approved     Denied

\_\_\_\_\_  
Program Manager Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## Registro de gastos estimados

Descripción	Gasto mensual
<b>Vivienda:</b>	
Alquiler o hipoteca	
Calefacción (gas)	
Electricidad	
Teléfono/Celular	
TV por cable/Internet	
Seguro para inquilinos o propietarios de viviendas (si no está incluido en la hipoteca)	
Agua/aguas residuales/basura	
<b>Transporte:</b>	
Pagos del auto	
Combustible	
Seguro del auto	
<b>Otro seguro:</b>	
De salud (médico y dental, si no se deduce la nómina)	
De vida	
Por discapacidad	
<b>Cuidado infantil:</b>	
Cuidado infantil o niñeras	
Manutención de menores o pensión alimenticia	
<b>Alimento:</b>	
Provisiones	
Almuerzos escolares	
<b>Facturas médicas:</b>	
Doctor	
Dentista	
Recetas	
Otros médicos ( <i>especificar</i> ):	
<b>Educación:</b>	
Clases	
Otros gastos escolares	
<b>Otro endeudamiento:</b>	
Tarjetas de crédito	
Préstamos personales	
Préstamos con garantía hipotecaria	
<b>Otros (<i>especificar</i>):</b>	
<b>Gastos mensuales totales</b>	
<b>Gastos anuales totales</b>	
<b>Nombre del paciente:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>