|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Northwest Michigan Health Services, Inc.¿Necesita atención médica, dental o de salud del comportamiento **asequible**?¡Te tenemos cubierto!**G:\Logo\Butterfly-NMHSI.jpg** **Tarifa Con Escala De Descuento**Incluso si tiene seguro, puede calificar para nuestras tarifas de descuento por servicios.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lo máximo que pagará por visita:** | Plan A**$20 Médico****$30 Dental** | Plan B**$30 Médico** **$40 Dental** | Plan C**$40 Médico****$55 Dental** | Plan D**$55 Médico****$75 Dental** | Plan ESin descuento: usted paga los cargos completos |
| Tamaño de la familia | Ingresos mensuales del hogar | Ingresos mensuales del hogar | Ingresos mensuales del hogar | Ingresos mensuales del hogar | Ingresos mensuales del hogar |
| 1 | $0 - $1,133 | $1,134 - $1,699 | $1,700 - $2,095 | $2,096 - $2,265 | Mas de $2,265 |
| 2 | $0 - $1,526 | $1,527 - $2,289 | $2,290 - $2,823 | $2,824 - $3,052 | Mas de $3,052 |
| 3 | $0 - $1,919 | $1,920 - $2,879 | $2,880 - $3,550 | $3,551 - $3,838 | Mas de $3,838 |
| 4 | $0 - $2,313 | $2,314 - $3,469 | $3,470 - $4,278 | $4,279 - $4,625 | Mas de $4,625 |
| 5 | $0 - $2,706 | $2,707 - $4,059 | $4,060 - $5,006 | $5,007 - $5,412 | Mas de $5,412 |
| 6 | $0 - $3,099 | $3,100 - $4,649 | $4,650 - $5,733 | $5,734 - $6,198 | Mas de $6,198 |
| 7 | $0 - $3,493 | $3,494 - $5,239 | $5,240 - $6,461 | $6,462 - $6,985 | Mas de $6,985 |
| 8\* | $0 - $3,886 | $3,887 - $5,829 | $5,830 - $7,189 | $7,190 - $7,772 | Mas de $7,772 |
| \* Para unidades familiares de más de 8 miembros, agregue $ 393.33 por mes por persona adicional. |

 | Además, podemos conectarte con otros recursos que pueden ser útiles:* comida
* alojamiento
* transporte
* servicios jurídicos
* ropa
* cuidado de niños
* ¡más!
 |

 **Miembros Del Hogar (**Por favor liste TODOS los miembros del hogar.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Nombre*** |  ***Relación Con El Paciente*** | ***Fecha De Nacimiento*** | ***Lugar De Trabajo*** | ***FT/PT*** |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  |

**Ingresos Del Hogar** (Indique TODAS las fuentes de ingresos para cada miembro del hogar.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Tipo de Ingreso*** | ***Miembro 1:*** | ***Miembro 2:*** | ***Miembro 3:*** | ***Miembro 4:*** |
| Empleo (incluya propina) |  |  |  |  |
| Compensacion por desempleo |  |  |  |  |
| Asistencia en efectivo de MI Bridges |  |  |  |  |
| Apoyo conyugal, manutención infantil |  |  |  |  |
| Pensión |  |  |  |  |
| Seguridad Social |  |  |  |  |
| Otro |  |  |  |  |
| **INGRESOS TOTALES** |  |  |  |  |

Entiendo que si soy elegible para la tarifa móvil, cualquier declaración falsa, omisión u otra representación falsa hecha por mí en esta solicitud puede resultar en mi despido inmediato. La poliza de esta organización es ofrecer oportunidades iguales sin distinción de raza, color y religión**. Soy consciente de que si no presento comprobante de ingresos dentro de los 30 días, se me puede cobrar el monto total por los servicios brindados.**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma: |  Fecha: |