|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 E  Sin 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: |