



St. Thomas East End Medical Center Corporation
 4605 Tutu Park Mall, Sala 207
 P.O. Box 503177
 St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700
 Fax: (340)777-7927

"Su Salud es nuestra Primera Prioridad"

SOLICITUD DE TARIFA MÓVIL

Primera Solicitud

Renovación

Nombre del Solicitante: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil (Celular): _____

Dirección Física: _____ Ciudad / Estado: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad / Estado: _____

Empleadora: _____ Dirección: _____

Annual Quincenal Mensual Diaria Dos veces al mes Semanal Cantidad: \$ _____

Manutención de Menores \$ _____ Seguro: _____

DECLARACIÓN JURADA: Si proporciono a STEEMCC prueba de los ingresos de mi familia y mis ingresos están dentro de las pautas de la Escala Móvil de Tarifas, las tarifas de los servicios serán reducidas. Entiendo que se me cobrará el 100% del costo si no proporciono los documentos requeridos. Entiendo que no soy elegible para tarifas de escala móvil si tengo seguro o MAP.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Cónyuge Persona Significativa Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Número de Seguro Social: _____

Annual Quincenal Mensual Diaria Dos veces al mes Semanal Cantidad: \$ _____

Manutención de Menores \$ _____ Seguro: _____

Firma del Cónyuge: _____ Fecha: _____

* Se debe proporcionar un comprobante de ingresos de un mes a STEEMCC dentro de los 30 días posteriores a la fecha de vigencia de la cobertura temporal. Los descuentos son válidos por 12 meses (1 año) y deben renovarse después de ese período para mantener el nivel de descuento..

MIEMBROS ADICIONALES DEL HOGAR: INDIQUE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Nombre	Seguro Social #	Relación	Fecha de Nacimiento	¿Tiene 18 años o menos?
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	_____	Asegurado
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Por Favor indique cualquier circunstancia especial que debamos tener en cuenta:

Official Use Only

- Most recent tax form Self- Employed (schedule C) Last/ Previous paystubs (4) Gross Income
- Benefits check (Unemployment/ Disability/SSI/ Alimony/Child Support) Self-Declaration Income (None/ Limited Income)
- Notarized Letter (Personal Assistance) No. of children in household Total Household Gross Income \$ _____
- Application Received By: _____ Date _____ Initials _____ Approved Date From ____/____/____ To ____/____/____



St. Thomas East End Medical Center Corporation
 4605 Tutu Park Mall, Sala 207
 P.O. Box 503177
 St. Thomas, VI 00805-3177

Tel: (340)775-3700
 Fax: (340)777-7927

"Su Salud es nuestra Primera Prioridad"

AUTO DECLARACIÓN DE INGRESOS (NO EMPLEADO ACTUALMENTE)

Yo, _____ certifico que mi ingreso bruto total es \$ _____

Por Semana Mes Año Tamaño del Hogar / Familia: _____
 (Hogar = Solicitante = Cónyuge / Persona Significativa = Fiscal Legal Dep)

En realidad soy:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desempleado - buscando empleo | <input type="checkbox"/> Desempleado - Solicitando discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Discapacitado - recibiendo ingresos por discapacidad | <input type="checkbox"/> Jubilado |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

Certifico que todas las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y correctas y están sujetas a verificación. También autorizo la divulgación de registros de empleos y otra información financiera de la solicitud de escala móvil a un agente de St. Thomas East End Medical Center Corporation para determinar la tarifa móvil.

Instrucciones: Si NO tiene o tiene ingresos limitados y está recibiendo ayuda de amigos / familiares, sus benefactores deben completar, firmar y fechar lo siguiente.

DECLARACIÓN DE ASISTENCIA PERSONAL

Yo, _____, ayudo a _____ (paciente)
 proporcionando las necesidades básicas de vida que se enumeran a continuación:

Refugio: Si No Comida: Si No Dinero: Si No Cantidad: \$ _____
 Relación con el Solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre (en letra de molde): _____

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____

Teléfono Móvil (celular): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Por Favor Indique cualquier circunstancia especial:

NOTARY OF PUBLIC

Subscribed and sworn before me this _____ day of _____, 20_____ in St. Thomas, US Virgin Islands.

 Notary Public