



Gaston Family Health Services

Gaston Family Health Services, Inc.

POLITICA

Gaston Family Health Services se dedica a proporcionar atención médica de calidad, incluyendo educación para la salud y los servicios de atención preventiva a todos los miembros de la comunidad, sin importar las barreras económicas a través de la publicación periódica de una tarifa de escala.

Los pacientes sin seguro médico de Gaston Family Health Services INC. con un ingreso en o abajo de 200% del nivel federal de pobreza (FPL) y proporcionan los documentos médicos necesario tendrá derecho de atención médica, y descuentos de prescripción. Gaston Family Health Services anualmente revisan y emitir su escala para reflejar los cambios en las pautas federales de pobreza.



APLICACION de HONORARIO de ESCALA MOVIL

Nombre de Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Direccion de Postal: _____ Telephono: _____

Ciudad,Estado,Codigo: _____ NSS#: _____

Total en la Unidad Familiar: _____ Number de Adultos: _____ Numero de Menores: _____

Tiene Seguro medico o Medicaid? SI ____ NO ____ Si si, Que clase? _____

FUENTES DE INGRESOS del SOLICITANTE Y PERSONAS EN LA FAMILIA

*Applicante debe proveer documentación junto con la aplicación. Abajo aparece Una lista de los documentos apropiados. Presente los documentos que apliquen a su familia y usted.

- **Salario de Applicate's** – Presente por lo menos una de las siguientes segun le aplique
- Dos Talonarios de Ingreso mas recientes
- Carta timbrada(membrete)o con Logo tipo del empleador que indica/especifique su sueldo por hora y la cantidad de horas que normalmente trabaja en una semana
- Si es Trabajador Independiente o contratista, proporcione su formulario de Impuestos mas reciente incluyendo la 1099 Schedule C
- **Salario de Otros Miembros de familia:** Proporcione por lo menos una de las arriba mencionadas segun le aplique al miembro de familia.
- Si esta desempleado (solicitante o miembros de familia), por favor presente lo siguiente:
- Antecedentes Salariales (del Employment Security Commission o Comission de Seguridad de Empleo) y Un resumen Salarial de Desempleo (de E.S.C.)
- Declaracion de beneficios de discapacidad, seguro social, y/o pension que muestren el ingreso mensual.
- Pensión y/o manutención de hijos – Indique cantidad pagada o proporcione declaración de ingresos mensuales de pensión y/o manutención de hijos.
- Beneficios de Compensacion de Trabajadores
- Pension de Asociacion de Veterano o Asistencia Estatal
- Comprobación de Cupón de alimentos(Estampillas para alimentos)



Gaston Family Health Services, Inc.

Ninguna Fuente de Ingresos

Puede Proporcionar con una carta que confirme su estado financiero actual. Esta carta **SOLO** puede provenir de un ministro/sacerdote/rabí/director de un albergue o casa refugio/trabajador social o administrador de caso. Si la carta de verificación de ingresos recibidos proviene de parte de familiares o amigos debe ser Notariada

Cantidad Total de Miembros de Familia _____ # de Adultos _____ # de Menores _____

** La cantidad total de miembros de la familia se utiliza para determinación del descuento**

****Favor de ingresar ingreso familiar abajo****

****El ingreso es definido por GFHS con el pagador de impuestos más los dependientes****

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Los ingresos	La frecuencia del Pago	Fuente
		Applicante			

Total Household Gross Income: \$ _____ / yr.

() Relatives/Friends Contribution Form () Zero Income Affidavit () Tax Return () W-2



Gaston Family Health Services

Gaston Family Health Services, Inc.

- Toda la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y correcto y el solicitante no ha omitido material relativo a esta información.
- Tan pronto ocurra un cambio en el ingreso familiar o cobertura de cuidado de salud (seguro medico), Gaston Family Health Services sera notificado y la documentacion apropiada confirmando estos cambios sera provista.
- Aprobación de esta aplicación es limitada a un máximo de (6) meses a partir de la fecha en que fue aprobada
- El solicitante tiene 18 años de edad o mayor, ha sido declarado emancipado por la corte, matrimonio o alguna otra definicion legal.
- Las companies farmaceuticas o sus designados, reciben permiso o autorizacion para revisar los espendientes de los pacientes que participant de alguno de los programas de asistencia al paciente (Cubren co-pagos o proven medicamentos) de la industria farmaceutica ofrecido por el departamento de farmacia del Gaston Family Health Services, para efectos de auditoria.

Estoy de acuerdo en que si fracaso en proveer prueba de ingreso mi familia y yo seremos removidos del Programa de Escala de Tarifas Ajustable (pago reducido) de Gaston Family Health Services, Inc. Entiendo que el costo de mis visitas son basados en la informacion financier que e provisto y que admito que es verdadera e incluye los ingresos de todos los miembros de familia. Estoy de acuerdo con notificar a Gaston Family Health Services, Inc. de cualquier o todos los cambios en cuanto a seguro medico cambio de ingreso familiar.

Firma de Solicitante o Guardián

Fecha

GFHS Witness Signature

Date

X _____



Medication Assistance Program Guidelines

Obtaining medications through the Medication Assistance Program (MAP) is a gift and cannot be guaranteed to be available or to arrive on time. It is your responsibility to obtain your own medications if this happens. Drug companies as well as GFHS reserve the right to remove medication from their program at any time.

If you filed taxes within the latest taxable year we require your 1040 forms. If you did not file and were not claimed as a dependent on someone else's tax forms we will need you to sign a 4506 T form stating this. If neither of these apply to you we need copies of the most recent paychecks verifying household income for the last month. If there is no household income we will need you to file for Medicaid and bring us a denial letter stating you cannot be covered on Medicaid and a letter of who is supporting you.

Once you have been approved for MAP and to remain active you must notify both the MAP and Pharmacy offices of any changes made to medication, household income, address, phone numbers, or if you obtain insurance or Medicaid. When initially enrolled it could take up to 8 weeks or longer for meds to arrive (although the drug company could mail you notification that they have already shipped we still have to process the medication in our system). GFHS must receive all meds shipped directly to us to ensure you of an accurate reorder date. However, you must notify us if they are shipped to your home by mistake. Also it is very important for you to call us if you receive any paperwork in the mail from the drug company.

When your medications are ready to be picked up you will receive an automated phone call from the pharmacy. The medications that you receive through MAP are free but there will be a \$6.00 processing fee to be paid to the pharmacy for each 90 day supply at the time of pickup. You will have 30 days to pick up your medicine or it will be returned to stock and you can be discharged from the program for being non-compliant.

To be eligible to receive medication through MAP we require your signature giving us permission for us to: Sign your name on applications and letters from prescription assistance programs only; attest that you do not have insurance, Veterans Affairs or Medicaid and that you will notify us of any changes in your circumstances.

If you have any questions or concerns in relation to the Medication Assistance Program please call our office at **704-862-6111**.

X _____
Patient Signature Date

GFHS Witness Signature Date

Solicitud de transcripciones de la declaración de impuestos

- ▶ **No firme este formulario a menos que haya completado todas las líneas aplicables.**
- ▶ **La solicitud puede ser rechazada si el formulario está incompleto o es ilegible.**
- ▶ **Para obtener más información acerca del Formulario 4506-T, visite www.irs.gov/form4506t.**

OMB N.º 1545-1872

Sugerencia. Utilice el Formulario 4506-T para solicitar una transcripción u otra información de la declaración en forma gratuita. Consulte la lista de productos a continuación. Puede solicitar rápidamente transcripciones mediante el uso de nuestras herramientas del servicio automatizado de autoayuda. Visite IRS.gov y, en "Tools" (Herramientas), haga clic en "Get a Tax Transcript..." (Obtener una transcripción de la declaración de impuestos...) o llame al 1-800-908-9946. Si necesita una copia de su declaración de impuestos, utilice el Formulario 4506, Solicitud de copia de la declaración de impuestos. Debe abonar una tarifa para obtener una copia de su declaración de impuestos.

1a Nombre tal como aparece en la declaración de impuestos. Si es una declaración conjunta, escriba el nombre que aparece primero.	1b Número de seguridad social o número de identificación de contribuyente individual o número de identificación patronal que aparece primero (ver instrucciones)
2a Si presentó una declaración conjunta, escriba el nombre de su cónyuge tal como aparece en la declaración de impuestos.	2b Número de seguridad social o número de identificación de contribuyente individual que aparece segundo si presentó una declaración de impuestos conjunta
3 Nombre, dirección (incluidos el número de departamento, la habitación u oficina), ciudad, estado y código postal actuales (ver instrucciones)	
4 Dirección anterior, tal como aparece en la última declaración de impuestos presentada, si es diferente a la que aparece en la línea 3 (ver instrucciones)	
5 Si la transcripción se va a enviar a un tercero (tal como una compañía hipotecaria), escriba el nombre, la dirección y el número de teléfono del tercero	

Precaución: Si la transcripción de la declaración de impuestos se envía a un tercero, asegúrese de haber completado las líneas 6 a 9 antes de firmar. Firme y feche el formulario una vez que haya completado estas líneas. Completar estos pasos ayuda a proteger su privacidad. Una vez que el IRS divulgue su declaración de impuestos al tercero que figure en la línea 5, el IRS no tiene control sobre lo que el tercero hace con la información. Si desea limitar la autoridad del tercero para divulgar la información de su transcripción, puede especificar esta limitación en su acuerdo escrito con el tercero.

- 6 Transcripción solicitada.** Escriba el número de formulario de impuestos aquí (1040, 1065, 1120, etc.) y marque la casilla correspondiente a continuación. Escriba solo un número de formulario de impuestos por solicitud. ▶ _____
- a Transcripción de la declaración de impuestos,** que incluye la mayor parte de las partidas de una declaración de impuestos tal como se presentó ante el IRS. Una transcripción de una declaración de impuestos no refleja los cambios realizados a la cuenta después del procesamiento de la declaración. Las transcripciones están disponibles solo para las siguientes declaraciones: Formulario serie 1040, Formulario 1065, Formulario 1120, Formulario 1120-A, Formulario 1120-H, Formulario 1120-L y Formulario 1120S. Las transcripciones de las declaraciones de impuestos están disponibles para el año actual y para las declaraciones procesadas durante los 3 años anteriores. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles.
 - b Transcripción de la cuenta,** que contiene información sobre el estado financiero de su cuenta, como pagos realizados en la cuenta, aplicación de multas y ajustes realizados por usted o por el IRS después de la presentación de la declaración de impuestos. La información de la declaración de impuestos se limita a las partidas, como responsabilidad fiscal y pagos de impuestos estimados. Las transcripciones de la cuenta están disponibles para la mayor parte de las declaraciones. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles.
 - c Registro de la cuenta,** que brinda la información más detallada ya que es una combinación de la Transcripción de la declaración de impuestos y de la Transcripción de la cuenta. Disponibles para el año actual y para los 3 años fiscales anteriores. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles.
 - 7 Verificación de no presentación,** que es una constancia del IRS de que usted no presentó una declaración de impuestos para el año. Las solicitudes para el año actual están disponibles solo después del 15 de junio. No existen restricciones de disponibilidad sobre las solicitudes de años anteriores. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles.
 - 8 Transcripción de Formulario W-2, Formulario serie 1099, Formulario serie 1098 o Formulario serie 5498.** El IRS puede proporcionarle una transcripción que incluya datos de estas declaraciones de información. La información estatal o local no está incluida con la información del Formulario W-2. El IRS puede proporcionar esta información de la transcripción durante hasta 10 años. La información para el año actual no está disponible generalmente hasta el año posterior a que se presente ante el IRS. Por ejemplo, es probable que la información del W-2 para 2011, presentada en 2012, no esté disponible del IRS hasta 2013. Si necesita información de W-2 con fines de retiro, deberá comunicarse con la Administración de Seguridad Social al 1-800-772-1213. La mayor parte de las solicitudes se procesarán en un plazo de 10 días hábiles.

Precaución: Si necesita una copia del Formulario W-2 o el Formulario 1099, deberá comunicarse primero con el pagador. Para obtener una copia del Formulario W-2 o el Formulario 1099 presentados con su declaración de impuestos, debe utilizar el Formulario 4506 y solicitar una copia de su declaración, que incluye todos los adjuntos.

- 9 Año o período solicitado.** Escriba la fecha de finalización del año o período, con el formato mm/dd/aaaa. Si solicita más de cuatro años o períodos, deberá adjuntar otro Formulario 4506-T. Para solicitudes relacionadas con declaraciones de impuestos trimestrales, como el Formulario 941, deberá escribir cada trimestre o período fiscal en forma separada.

| 12 / 31 / 2016 | / / / / | / / / / | / / / / |

Precaución: No firme este formulario a menos que haya completado todas las líneas aplicables.

Firma de los contribuyentes. Declaro que soy el contribuyente cuyo nombre aparece en la línea 1a o 2a, o una persona autorizada para obtener la información fiscal solicitada. Si la solicitud se aplica a una presentación conjunta, debe firmar al menos un cónyuge. Si el formulario es firmado por un funcionario corporativo, un accionista con el 1 % o más, un socio, un miembro administrador, un tutor, un socio en materia de impuestos, un albacea, un administrador judicial, un administrador, un fiduciario u otra persona que no sea el contribuyente, certifico que tengo la autoridad para celebrar el Formulario 4506-T en nombre del contribuyente. Nota: Para las transcripciones que se envían a un tercero, este formulario se debe recibir en un plazo de 120 días con posterioridad a la fecha de firma.

El signatario certifica que ha leído la cláusula de certificación y, al hacerlo, declara que tiene la autoridad para firmar el Formulario 4506-T. Ver instrucciones.

Número de teléfono del contribuyente que aparece en la línea 1a o 2a

Firmar aquí

▶ Firma (ver instrucciones)	Fecha
▶ Cargo (si la línea 1a es una sociedad, asociación, sucesión o fideicomiso)	
▶ Firma del cónyuge	Fecha