



605 S. Conroe Medical Drive
Conroe, Texas 77304
936-539-4004

440 Rayford Rd, Suite 150
Spring, Texas 77386
936-539-4004

201 Lincoln Ridge
Willis, Texas 77378
936-539-4004

13905 Grangerland Rd
Conroe, TX 77306
936-539-4004

Requisitos para la aplicación del descuento de la clínica (Sliding Fee Scale)

La siguiente información es requerida por el departamento de Elegibilidad en la clínica Lone Star Family Health Center para poder determinar si califica para servicios de descuento que pueden ser ofrecidos bajo asistencia de la clínica:

1. Llene la solicitud e incluya los nombres de todos sus miembros de familia.
2. Una de las siguientes formas de identificación: Licencia de conducir vigente, certificado de nacimiento, pasaporte, tarjeta de registro de votantes y/o identificación de su país de origen.
3. Copias de tarjetas de Medicaid, Medicare, o Seguro Medico de sus miembros de familia.
4. Prueba de domicilio. Puede presentar unos de los siguientes documentos:
 - a. Una copia de su factura reciente de servicio publico
 - b. Contrato de arrendamiento o documento de hipoteca
5. Comprobante de ingresos de todos las personas viviendo en el mismo domicilió (aunque no estén empleados al momento) Documentos aceptables:
 - a. Últimos 2-3 talones de sueldo
 - b. Una carta escrita a máquina y notariada del solicitante indicando su salario a la semana si se le paga en efectivo y no pueden presentar talones de sueldo
 - c. Una carta escrita a máquina y notariada de su empleador indicando las fechas de su empleo y los salarios si le pagan en efectivo y no pueden presentar talones de sueldo
 - d. La declaración del año anterior incluyendo Schedule C- Si usted es dueño de su negocio.
 - e. Si no esta trabajando, por favor proporcione su declaración de salario del Texas Workforce Solutions
 - f. Declaración de tarjeta pre-pagada o transacción si le pagan con pay cards
 - g. Carta de aprobación de beneficios de Seguro Social, discapacidad, pensión, jubilación o beneficios de desempleo
 - h. Carta de manutención de menores (child support)
 - i. ID de la persona que le brinda apoyo junta con el formulario lleno y firmado- Declaración de Apoyo.

Tenga en cuenta que seguimos las normas federales establecidos por el gobierno de los EE.UU. para determinar su elegibilidad. Este no es un seguro medico y no cumple con los requisitos de tener seguro medico bajo la Ley del Cuidado de Salud. **Si provee falsa información o documentación será descalificada para recibir servicios con el descuento de la clínica.** Por Favor, firme y llene la fecha así aceptando que entiende los requisitos de este programa.

Firma del solicitante

Fecha

Nombre del solicitante

Fecha de nacimiento del solicitante