

**Methodist Services  
Community Counseling Services  
Solicitud de asistencia para becas de salud y bienestar de Two Rivers**

Fecha:

Fuente de referencia:

Nombre:

Estado:  Nuevo cliente a la agencia  que devuelve  cliente actual

Si este cliente está regresando a la agencia o si es un cliente actual, ¿ha recibido dinero de la subvención antes?

Sí (Especificar: \_\_\_\_\_)

No

¿Para qué servicios está buscando el cliente asistencia de subvención?

Terapia / Manejo de Medicamentos Psiquiátricos

¿Este cliente está recibiendo asistencia social (TANF, SSI o cupones de alimentos)?  No  Sí

*Si respondió "sí", debería calificar para un seguro médico financiado por el gobierno. Aconseje al cliente que utilice estos beneficios al buscar servicios en CCS o en otros lugares. Debe ponerse en contacto con su seguro para determinar la elegibilidad e identificar a los proveedores participantes.*

**Tabla de elegibilidad financiera para cobertura total o parcial**

Usando la TABLA a continuación, proporcione un "sí" o "no" en la COLUMNA 4 en la fila correspondiente para el tamaño de la familia en cuanto a si los ingresos del cliente son MENORES QUE el monto anual o mensual para el tamaño de la familia. Especifique el origen de verificación: \_\_\_\_\_

Tamaño de la unidad familiar	(Nivel 1) \$5/\$15 c/p 250% de FPL (Bruto Anual/Mensual)	(Nivel 2) \$20 c/p Hasta el 300% de FPL (Bruto Anual/Mensual)	SÍ (indique qué nivel) NO (indiquesei hay dificultades adicionales a considerar)
1	Menos de \$32,200/\$2,683	Menos de \$38,640/\$3,220	
2	Menos de \$43,550 / \$3,629	Menos de \$52,260 /\$4,355	
3	Menos de \$54,900 / \$ 4,575	Menos de \$65,880/\$5,490	
4	Menos de \$66,250 / \$ 5,520	Menos de \$79,500/\$6,625	

[Agregue \$11,350 anually o \$946 mensuales por cada miembro adicional de la familia]

¿Califica el cliente?  Sí  No \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, reconozco que soy responsable de pagar los siguientes copagos por los servicios recibidos en community counseling.

**Copagos aplicables de nivel 1**

**\$15 – Evaluación inicial (con terapeuta)/ Servicios psiquiátricos (Evaluación y Manejo de Medicamentos)**

**\$5 – Terapia**

**Copagos aplicables de nivel 2**

**\$20 – por servicio**

Los beneficios están sujetos a revisión y pueden ser limitados en función de la disponibilidad del fondo y el nivel de necesidad.

Además, mi firma indica que entiendo que mi caso será revisado periódicamente para determinar la elegibilidad continua para la asistencia de subvención.

Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del personal administración significa prueba: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_