



Solicitud de Descuento de Tarifa Móvil

Complete la siguiente información y regrese al personal de la oficina para determinar si es elegible para un descuento. Las solicitudes solo son aplicables a la persona que busca servicios, si otros miembros de la familia desean servicios, tendrán que solicitarlos en una solicitud separada. Tenga en cuenta que la tasa de descuento aprobada entra en vigencia la fecha de aprobación. Asegúrese de leer todo para asegurarse de completar el formulario con precisión y proporcionar la documentación requerida. Tras la aprobación o denegación, se enviará una carta detallada al solicitante con los términos específicos del contrato.

Office Staff Only
(Send directly to Billing Department)

Date received: _____

Initials of staff member: _____

2023 Poverty Guidelines												
Maximum Annual Income Amount for each Sliding Fee Percentage (except for 0% discount)												
Poverty Level	100%	125%	130%	133%	135%	138%	150%	175%	180%	185%	200%	>200%
Family Size	Discount 100%	Discount 75%	Discount 70%	Discount 67%	Discount 65%	Discount 62%	Discount 50%	Discount 25%	Discount 20%	Discount 15%	Discount 10%	Discount 0%
1	\$14,580	\$18,225	\$18,954	\$19,391	\$19,683	\$20,120	\$21,870	\$25,515	\$26,244	\$26,973	\$29,160	\$29160+
2	\$19,720	\$24,650	\$25,636	\$26,228	\$26,622	\$27,214	\$29,580	\$34,510	\$35,496	\$26,482	\$39,440	\$39440+
3	\$24,860	\$31,075	\$32,318	\$33,064	\$33,561	\$34,307	\$37,290	\$43,505	\$44,748	\$45,991	\$49,720	\$49720+
4	\$30,000	\$37,500	\$39,000	\$39,900	\$40,500	\$41,400	\$45,000	\$52,500	\$54,000	\$55,500	\$60,000	\$60000+
5	\$35,140	\$43,925	\$45,682	\$46,736	\$47,439	\$48,493	\$52,710	\$61,495	\$63,252	\$65,009	\$70,280	\$70280+
6	\$40,280	\$50,350	\$52,364	\$53,572	\$54,378	\$55,586	\$60,420	\$70,490	\$72,504	\$74,518	\$80,560	\$80560+
7	\$45,420	\$56,775	\$59,046	\$60,409	\$61,317	\$62,680	\$68,130	\$79,485	\$81,756	\$84,027	\$90,840	\$90840+
8	\$50,560	\$63,200	\$65,728	\$67,245	\$68,256	\$69,773	\$75,840	\$88,480	\$91,008	\$93,536	\$101,120	\$101120+
For each additional person, add	\$5,410	\$6,425	\$6,682	\$6,836	\$6,939	\$7,093	\$7,710	\$8,995	\$9,252	\$9,509	\$10,280	\$10280+

*Based on 2023 Federal Poverty Guidelines (FPG) for the 48 contiguous states and the District of Columbia.

Nombre del Jefe de Hogar (HOH):				Lugar de empleo de HOH:			
Nombre de la persona que busca servicios (solicitante):							
Dirección de la casa:		Ciudad:		Estado:	Cremallera:	Teléfono de contacto:	
If client is a minor, responsible party:							

Sírvase enumerar el jefe de hogar, el cónyuge y los dependientes (cuando corresponda)

Nombre (Primero, Segundo)	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)	Nombre (Primero, Segundo)	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY)
HOH		Dependiente	
Esposa		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	

Solicitud de Descuento de Tarifa Móvil

Dependiente		Dependiente	
-------------	--	-------------	--

Información del seguro del solicitante

Compañía de seguros primaria		Compañía de seguros secundaria	
Compañía de seguros:		Compañía de seguros:	
Teléfono (en el reverso de la tarjeta):		Teléfono (en el reverso de la tarjeta):	
Dirección de reclamaciones:		Dirección de reclamaciones:	
Ciudad/Estado/Código postal:		Ciudad/Estado/Código postal:	
Titular de la póliza (PH):		Titular de la póliza (PH):	
Relación de PH con usted:		Relación de PH con usted:	
PH DOB:		PH DOB:	
PH SS #:		PH SS #:	
ID de política:		ID de política:	
Grupo #:		Grupo #:	

 El solicitante NO tiene beneficios de seguro

Marque los Servicios Solicitados: Consejería Individual Consejería Familiar

Ingresos Anuales del Hogar

Fuente	HOH	Esposo	Otro	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Ingresos procedentes de empresas, autónomos y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación al trabajador, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, pensión o ingresos de jubilación.				
Intereses, dividendos, regalías de alquiler, ingresos de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas.				
Ingresos totales:				

 El hogar no tiene NINGUNA fuente de ingresos

Solicitud de Descuento de Tarifa Móvil



Lista de verificación de documentación requerida:

- Licencia de conducir del solicitante / parte responsable o identificación emitida por el estado
- Applicant/ Comprobante de domicilio del solicitante/parte responsable: factura de servicios públicos, declaración o carta con el nombre y la dirección de su/parte responsable
- Prueba de ingresos totales del hogar durante los últimos 2 meses O declaración de impuestos del año anterior si no está trabajando actualmente
- Copia de la tarjeta de seguro de salud del solicitante

Yo _____ Entiendo que tendré que volver a solicitar cada 6 meses para mantener mi descuento. Si el tamaño de mi familia y / o la información de ingresos cambian antes de que finalice ese período de 6 meses, entiendo que tendré que completar una nueva solicitud. También certifico que he recibido el folleto informativo sobre el programa de tarifas móviles en Tueller Counseling Services, Inc.

También entiendo que cualquier descuento aprobado no entrará en vigencia hasta que esta solicitud haya sido aprobada. El monto total se adeudará sobre cualquier servicio recibido antes de la fecha de aprobación. Se requiere que Tueller Counseling Services se comunique con la compañía de seguros de cualquier solicitante con respecto al programa de tarifas móviles. Los precios variarán dependiendo de su descuento aprobado y las pólizas de la compañía de seguros. Se proporcionará información específica al solicitante en la carta de aprobación. Si no está satisfecho con el descuento asegurado ofrecido, puede optar por el autopago (tarifa completa) en ese momento.

Firma

Fecha

Tenga en cuenta: Si la solicitud no está completa o es incorrecta, Tueller Counseling intentará comunicarse con el solicitante. Si no se recibe respuesta dentro de los 10 días hábiles, la solicitud será nula y se requerirá una nueva solicitud con documentación actualizada.

Office Use Only

Date Received by Billing: _____

Patient Name: _____

Approved Discount: _____ Intake: _____ Individual Session: _____ Family Session: _____

Approved by Admin Team on: _____

Attempts to collect information:

