

CENTRO DE SALUD ~ APLICACIÓN DE
DESCUENTO VARIABLE



El centro de salud de Tri-County Community Action Agency es un centro de salud que recibe fondos federales (FQHC). Es nuestra política brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago de los pacientes. Se ofrecen descuentos de acuerdo con el tamaño de la familia/hogar y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y devuelva a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para obtener descuentos. Este formulario debe completarse cada 12 meses o cuando cambie su situación financiera. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no por los servicios recibidos fuera de la clínica, entre los que se incluyen las pruebas de laboratorio, la atención radiológica, los medicamentos, la atención hospitalaria u otros servicios similares.

Para cumplir los requisitos para el descuento variable en los aranceles, debe presentar un comprobante de los ingresos brutos anuales de todos los miembros de su familia inmediata que vivan en su hogar. Los ingresos brutos son TODOS los ingresos de TODOS los orígenes antes de impuestos. Los solicitantes deben presentar copias del comprobante de ingresos. Los siguientes son comprobantes aceptables de ingresos: declaración de impuestos a la renta de años anteriores o W2; dos comprobantes de pago consecutivos; copia del aviso de beneficios por desempleo; carta/cheque de compensación por discapacidad; cheque de seguro social o extracto de cuenta bancaria en la que se identifique el monto directo depositado.

INFORMACIÓN SOBRE EL JEFE DE FAMILIA:

PRIMER NOMBRE	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)	NRO. SEGURO SOCIAL (SI FUE EMITIDO)	

TAMAÑO DE LA FAMILIA (CANTIDAD DE MIEMBROS DE LA FAMILIA INMEDIATA QUE VIVEN EN SU HOGAR)	TOTAL DE INGRESOS BRUTOS DEL HOGAR
---	------------------------------------

Indique nombre(s) y fecha(s) de nacimiento de los miembros de la familia a cargo (es decir, cónyuge, pareja de hecho, hijos).

Primer nombre y apellido	Fecha de nacimiento:	Relación:
Primer nombre y apellido:	Fecha de nacimiento:	Relación:
Primer nombre y apellido:	Fecha de nacimiento:	Relación:
Primer nombre y apellido:	Fecha de nacimiento:	Relación:

Por el presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Acuerdo, además, notificar al centro de salud de Tri-County Community Action Agency sobre los cambios que se produzcan en esta información en un plazo de diez (10) días contados a partir del cambio. Comprendo que debo volver a demostrar que reúno los requisitos anualmente para mantener mi elegibilidad. También soy consciente de que esta información se revisa de acuerdo con los lineamientos federales de pobreza publicados anualmente por el gobierno federal.

El pago de aranceles variables debe pagarse al momento de la prestación del servicio. Para mantener el descuento, los honorarios deben pagarse con prontitud. Si no puede pagar al momento de la prestación del servicio, debe hablar con la recepcionista para realizar otros arreglos.

Importante: Un asistente para pacientes puede ponerse en contacto con usted para hablar sobre la elegibilidad y la inscripción en Health Exchange (ley de cuidado de la salud accesible).

Para que lo complete únicamente personal de Tri-County:

Verificado por:			Fecha:
<input type="checkbox"/> Comprobante de ingresos verificado <input type="checkbox"/> El paciente se negó a completar	<input type="checkbox"/> Declaración de ingresos completa <input type="checkbox"/> El paciente no cumple los requisitos para el descuento variable de aranceles	Categoría de seguro social:	Fecha de vencimiento: