



SOLICITUD DE PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

INSTRUCCIONES

1. Para recibir servicios con descuento, todos los pacientes deben solicitar anualmente para el Programa de descuento de tarifa variable. La elegibilidad se basa en el tamaño de la familia y los ingresos del hogar, ya que se relaciona con las Pautas Federales de Pobreza actuales.
2. Lea la hoja de información del programa de descuento de tarifa variable. Si tiene preguntas adicionales, pregunte le a la recepción.
3. Llene la solicitud y devuélvala al Neighborhood Health Center (NHC) con prueba de ingresos. No olvide firmar y poner le la fecha a su solicitud.
4. Si no puede agregar su comprobante de ingresos a su solicitud hoy, devuelva el comprobante de ingresos al NHC dentro de los 30 días posteriores a la entrega de esta solicitud.
5. Enumere se usted mismo como el primer miembro de la familia, luego siguen los demás. Para las personas que no tienen ingresos (por ejemplo, un hijo de su familia), el ingreso sería cero (\$ 0) para sus ingresos mensuales.

INFORMACION PERSONAL

Nombre Completo	
Dirección	
Numero de Teléfono	
Fecha de Hoy	

MIEMBROS DE LA FAMILIA

Nombre Completo	Fecha de Nacimiento	Relación	Ingreso Mensual (en bruto)
		Yo	\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

SI REPORTA CERO INGRESOS FAMILIARES O UN INGRESOS QUE NO SE PUEDE PROBAR

¿Cuánto tiempo ha estado sin una fuente de ingresos imponible?	<input type="checkbox"/> > 6 meses <input type="checkbox"/> 6 meses-1 año <input type="checkbox"/> 1-2 años <input type="checkbox"/> Mas de 2 años
¿Por qué no puede proporcionar comprobantes de ingresos?	

ATESTACIONES

Lea y ponga sus iniciales al lado de cada atestación

	Certifico que he leído la hoja de información del programa de descuento de tarifa variable y comprendo los requisitos para participar en el programa.
	Entiendo que el descuento no se aplicará hasta que NHC revise y acepte mi solicitud y la prueba de ingresos. Entiendo que, si no puedo proporcionar prueba de ingresos, no se aplicará un descuento hasta que mi solicitud de renuncia a la prueba de ingresos sea revisada y aprobada por el Director de Operaciones de NHC o su designado.
	Entiendo que la elegibilidad en el programa es válida por un año a partir de la fecha en que se aprueba mi solicitud. Entiendo que debo volver a presentar una solicitud cada año para permanecer en el programa.
	Entiendo que, si mis ingresos o el tamaño de mi familia cambian durante mi período de un año de elegibilidad, informaré los cambios a NHC y volveré a aplicar para el programa.
	Entiendo que, si mi seguro médico prohíbe una exención de mi copago, se cobrará el copago en completo al momento del servicio. Si no está seguro, comuníquese con su compañía de seguro médico.

FIRMA

Certifico que la información indicada es verdadera y precisa al firmar este formulario. Si se utiliza información falsa para obtener asistencia, se me eliminará del programa de descuento de tarifa variable.

Firma del solicitante	Fecha



-----NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA-----

USO PARA LA OFICINA ÚNICAMENTE

Información del solicitante	
MRN del Paciente/s	
Ingreso mensual de la Familia (de la tabla en la página 1)	\$
Tamaño de la familia (de la tabla en la página 1)	
Estatus de comprobante de ingresos al momento de la solicitud	<input type="checkbox"/> A. Sí, prueba adjunta <input type="checkbox"/> B. Pendiente, período de gracia de 30 días <input type="checkbox"/> C. No, el solicitante ha enumerado cero o fuente de ingresos en efectivo, pendiente aprobación del Director de Operaciones o designado
Fecha	
Revisado por	

Prueba de estado de ingresos: A o B	
Ingreso familiar mensual (verificado por prueba)	\$
Clase de descuento	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
Fecha de verificación	
Revisado por	
Estatus de Comprobante de Ingresos: C	
Decisión	<input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Negado
Clase de descuento	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
Fecha de verificación	
Firma del director de operaciones o designado	