



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

- Familia se define como un grupo de dos o más personas que viven juntas y que se apoyan mutuamente económicamente.
- Informe \$ 0 en "Ingresos Mensual" para cualquier miembro de la familia que no lo mantenga económicamente.

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

Applicant/s Information	
Patient/s MRN	
Monthly Family Income (from table on pg.1)	\$
Family Size (from table on pg.1)	
Proof of Income Status at Time of Application	<input type="checkbox"/> A. Yes, proof attached <input type="checkbox"/> B. Pending, 30-day grace period <input type="checkbox"/> C. No, applicant has listed zero or cash source of income, pending approval by COO or designee
Date	
Reviewed By	

Proof of Income Status: A or B	
Monthly Family Income (verified by proof)	\$
Discount Class	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
Date Verified	
Reviewed By	
Proof of Income Status: C	
Decision	<input type="checkbox"/> Approved <input type="checkbox"/> Denied
Discount Class	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E
Date of Review	
Signature of COO or Designee	