

Solicitud de descuento de tarifa variable

Community Health Northwest Florida tiene como política proporcionar servicios sin importar la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en cualquiera de nuestras clínicas, pero no a los servicios o equipos que se proporcionen en entidades externas. Complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para recibir un descuento.

Nombre del jefe o de la jefa del hogar (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Dirección postal (no se permiten apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Correo electrónico

Tamaño del hogar: liste a todos los miembros que vivan en el hogar. Se considera hogar a todas las personas que vivan en la misma dirección.

Nombre

Fecha de nacimiento

Relación

***** Si se aprueba su solicitud para el programa de descuento de tarifa variable, los solicitantes podrán recibir descuentos durante un periodo de doce meses a partir del mes siguiente a la aprobación. *****

Documentos sobre los ingresos		Frecuencia de pago			
Fuente	(\$)	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual
Salarios / Sueldos (propios)					
Salarios / Sueldos (cónyuge)					
Salarios / Sueldos (otro)					
Ingresos por Seguro Social (propios / cónyuge)					
Ingresos por Seguro Social (hijos)					
Pensión alimenticia / manutención					
Indemnización por accidente laboral					
Beneficios a militares / veteranos de guerra					
Beneficios por desempleo					
Otros ingresos de los miembros de la familia					

Nota: se necesita información adecuada para determinar si es elegible para el programa de descuento de tarifa variable. Los solicitantes deben proporcionar uno de los siguientes documentos: recibo de pago reciente, declaración de ingresos del año anterior o carta de parte del empleador. Es posible que se les exija una autodeclaración de ingresos firmada a los pacientes que no puedan proporcionar ninguno de los documentos mencionados arriba.

Declaro que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta. Al firmar este formulario, está autorizando a Community Health Northwest Florida a confirmar sus ingresos tal como se declaran en esta solicitud. Proporcionar información falsa puede resultar en la expulsión del programa de descuento de tarifa variable.

Firma

Fecha

Nombre (letra de imprenta)



Declaración de determinación

Nombre del paciente: _____

Fecha de recepción de la solicitud: _____ Por parte de: _____

Determinación de elegibilidad: Aprobada Negada

Si se aprobó, categoría de descuento para la que es elegible: _____

Si se negó, motivo de la decisión: _____

Lista de verificación	Sí	No
<u>Fuente para verificar la identificación:</u> Licencia de conducir, identificación emitida por el estado, pasaporte/visa, identificación emitida por la escuela u otro.		
<u>Fuente para verificar los ingresos:</u> Declaración de pago reciente, declaración de ingresos del año anterior, carta de parte del empleador u otro.		

Comentarios/Notas:

Firma del asesor financiero

Fecha

Formulario de autodeclaración

Nombre del jefe o de la jefa del hogar (apellido, primer nombre, segundo nombre)

Dirección postal (no se permiten apartados postales)

Ciudad

Estado

Código postal

Teléfono

Correo electrónico

Declaro que el ingreso de mi hogar es _____ por _____
($\$$) (periodo)

También declaro que un total de _____ personas viven en mi hogar.
(número)

Proporcionar información falsa puede resultar en la expulsión del programa de descuento de tarifa variable.

Por el presente, declaro que la información provista arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que esta información se utilizará para determinar mi elegibilidad para el programa de descuento de tarifa variable.

Firma

Fecha

Nombre (letra de imprenta)