

## Solicitud de descuento de tarifa variable

Community Health Northwest Florida tiene como política brindar 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 brinden en entidades externas. Complete la siguiente información para que se determine si usted o los miembros de su familia son elegibles para recibir un descuento.

---

|   |                     |
|---|---------------------|
| Nombre del paciente (apellido, nombre y segundo nombre) | Fecha de nacimiento |
|---|---------------------|

---

Dirección postal (no se permiten apartados postales)

---

|        |        |               |
|--------|--------|---------------|
| Ciudad | Estado | Código postal |
|--------|--------|---------------|

---

|          |                    |
|----------|--------------------|
| Teléfono | Correo electrónico |
|----------|--------------------|

**Familia:** La familia se define como un grupo de dos (2) o más personas (de las cuales una es cabeza de familia) que viven juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Todas estas personas, incluidos los familiares de cada una, se consideran miembros de una (1) familia. El paciente que no cumple con la definición de “familia” se considera una familia de una (1) persona. **Haga una lista de todos los miembros de su familia que vivan en el hogar:**

|        |                     |          |
|--------|---------------------|----------|
| Nombre | Fecha de nacimiento | Relación |
|--------|---------------------|----------|

---



---



---



---



---



---

**\*\*\* Si reciben la aprobación para el Programa de Descuento de Tarifa Variable, los solicitantes serán elegibles para obtener descuentos durante un período de doce meses a partir de la fecha de aprobación para el programa. \*\*\***



### Declaración de determinación

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción de la solicitud: \_\_\_\_\_ Por: \_\_\_\_\_

Determinación de elegibilidad:                      Aprobada                      Rechazada

Si se aprueba, elegibilidad para la categoría de descuento: \_\_\_\_\_

Si se rechaza, motivo del rechazo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

| Lista de verificación   | Sí | No |
|---|----|----|
| <u>Fuente de verificación de identidad:</u><br>Licencia de conducir, identificación emitida por el estado, pasaporte/visa, identificación emitida por una institución educativa u otra fuente |    |    |
| <u>Fuente de verificación de ingresos:</u><br>Recibo de pago reciente, declaración de ingresos del año anterior, carta del empleador u otra fuente  |    |    |

Comentarios/Notas:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del asesor financiero

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Formulario de declaración personal

---

Nombre del paciente (apellido, nombre y segundo nombre)

---

Dirección postal (no se permiten apartados postales)

---

Ciudad

Estado

Código postal

---

Teléfono

Correo electrónico

Declaro que mi ingreso familiar es de \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_.  
( $\$$ ) (período)

También certifico que viven en mi hogar un total de \_\_\_\_\_ personas.  
(número)

Brindar información falsa puede tener como resultado la eliminación del solicitante del programa de descuento de tarifa variable.

Por la presente, certifico que la información indicada arriba es verdadera y correcta hasta donde yo sé. Entiendo que esta información se usará para determinar la elegibilidad para el programa de descuento de tarifa variable.

---

Firma

---

Fecha

---

Nombre (en letra de imprenta)