**Aplicación Para Una Tarifa Variable de Descuento**

Su atención medica no debe depender de cuanto dinero dispone, si tiene o no un seguro médico o si ha cuidado de su salud anteriormente. Para mantener su atención medica accesible, nos complace informarles que contamos con tarifas basadas en el tamaño e ingreso de su familia. Es una solicitud completa, la cual incluye verificación de ingresos, que debe estar actualizada y archivada anualmente.

**!LAS TARIFAS REDUCIDAS PUEDEN SER DE $35 A $50 POR VISITA!**

**INFORMACION PERSONAL:**

Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codigo Postal : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El paciente o un miembro de su hogar ha solicitado Medicaid?  **Si**  ***No***

¿El paciente o un miembro de su hogar ha solicitado Medicare? ***Si*** ***No***

¿El paciente o un miembro de su hogar ha solicitado alguna otra Asistencia? **Si**  ***No***

**INFORMACION DEL TAMANO DE SU HOGAR** – Paciente, Conyugue, Hijos menores de 19 anos de edad, Hijos de edades entre 19-23 que aun reclamen en sus impuestos, Hijos de más de 19 anos de edad que estén permanentemente discapacitados y el paciente le proporcione más de la mitad en manutención del niño.

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Nombre/Relación Edad | 2. Nombre/Relación Edad |
| 3. Nombre/Relación Edad | 4. Nombre/Relación Edad |
| 5. Nombre/Relación Edad | 6. Nombre/Relación Edad |
| 7. Nombre/Relación Edad | 8. Nombre/Relación Edad |

**TABLA DE RESUMEN DE INGRESO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Recursos** | **Cantidad ($)** | **Sema-nal** | **Quin-cenal** | **Mensual** | **Documentos Aceptados** |
| Salario (uno mismo) |  |  |  |  | Un mes de talones de cheques. |
| Salario (Conyugue) |  |  |  |  | Un mes de talones de cheques. |
| Salario (Otro) |  |  |  |  | Un mes de talones de cheques. |
| Seguro Social |  |  |  |  | Carta de determinación que especifique el monto recibido. |
| Seguro Suplementario |  |  |  |  | Carta de determinación que especifique el monto recibido. |
| Seguro Social (Hijos) |  |  |  |  | Carta de determinación que especifique el monto recibido. |
| Compensación de Empleador |  |  |  |  | Carta de determinación que especifique los beneficios de compensación laboral para el año en curso. |
| Compensación por Desempleo |  |  |  |  | Carta de determinación que especifique los beneficios por desempleo. |
| Manutención, Pensión Alimenticia |  |  |  |  | Carta de divorcio que declare manutención de los hijos o pensión alimenticia recibida. |
| Pagos a Veteranos |  |  |  |  | Carta suministrada por la asociación de Veteranos con el monto del beneficiario. |
| Ingreso por Jubilación |  |  |  |  | Pensión o estado de 401K |
| Trabajadores por Cuenta Propia |  |  |  |  | Declaración de Impuestos con Ingresos totales del Anexo/Adjunto “C”. |
| Otro Ingreso (Especifico) |  |  |  |  | Declaración de familiares o amigos explicando asistencia/ayuda financiera. |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |

**Auto declaración por No Ingresos:** – Favor de proporcionar la mayor información que le sea posible, sobre el porqué no puede proporcionar ninguna prueba de ingresos. Es decir; trabajos por su cuenta donde le paguen en efectivo; El inicio de un nuevo negocio….

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Entiendo que toda la información dada puede ser confirmada por Christ Health. También entiendo, que dar falsa información se considera un fraude y traerá por consecuencia, una denegación a la Aplicación del Programa de Tarifas Variables de Descuento y que seré responsable por el pago o cargos de los servicios brindados. También entiendo que se requerirá una tarifa mínima al momento de cada visita al consultorio, además de las tarifas aplicables.

**Firma del Solicitante (Requerida):** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_