

Solicitud del programa de descuento de tarifa variable

Para ayudar a que la atención médica sea asequible, ofrecemos una tarifa variable según el tamaño de la familia y los ingresos del grupo familiar. Esta solicitud totalmente completa y la documentación de verificación de ingresos deben archivarse en Christ Health y actualizarse anualmente. **Debe dar una prueba de ingresos de todos los miembros de su grupo familiar para poder calificar para una tarifa con descuento.**

Las tarifas variarán según el tipo de servicio y el procedimiento, y se descontarán según su elegibilidad para el Programa de descuento de tarifa variable.

INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido: _____ Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Domicilio: _____ Dirección postal: _____

Ciudad/código postal: _____ Ciudad/código postal: _____

¿Solicitó el paciente o los miembros del grupo familiar Medicaid? ***Sí*** ***No***

¿Solicitó el paciente o los miembros del grupo familiar Medicare? ***Sí*** ***No***

¿Solicitó el paciente o los miembros del grupo familiar otra ayuda? ***Sí*** ***No***

INFORMACIÓN DEL TAMAÑO DEL GRUPO FAMILIAR –paciente; cónyuge; hijos de 23 años o menos, si los hijos son o podrían ser reclamados en la declaración de impuestos federales del paciente; hijos mayores de 19 años que estén discapacitados permanentemente, si el paciente aporta más de la mitad de la manutención del hijo discapacitado.

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 INGRESOS- incluya los ingresos de todos los miembros de su grupo familiar*

Fuentes	Cantidad (\$)	Semanal	Quincenal	Mensual	Documentos aceptados
Salarios (propios)					Talón de pago de las últimas 4 semanas.
Salarios (cónyuge)					Talón de pago de las últimas 4 semanas.
Salarios (otros)					Talón de pago de las últimas 4 semanas.
Seguro social (para usted o su cónyuge)					Cartas de aprobación en las que se menciona la cantidad recibida.
Discapacidad/Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) (para usted o cualquier miembro de su grupo familiar)					Cartas de aprobación en las que se menciona la cantidad recibida.
Seguro social (niños)					Cartas de aprobación en las que se menciona la cantidad recibida.
Compensación de trabajadores					Carta de aprobación del beneficio de compensación de trabajadores para el año en curso.
Compensación por desempleo (para usted o cualquier miembro de su grupo familiar)					Carta de aprobación del beneficio de compensación por desempleo.
Manutención de menores, pensión alimentaria					Sentencia de divorcio que indique la manutención de menores o la pensión alimenticia recibida.
Pagos de veteranos (para usted o cualquier miembro de su grupo familiar)					Carta provista por la administración de veteranos con la cantidad del beneficio.
Ingresos por jubilación (para usted o cualquier miembro de su grupo familiar)					Pensión o declaración 401K
Ingresos de trabajos por cuenta propia (para usted o cualquier miembro de su grupo familiar)					Declaración de impuestos con ingreso bruto del Anexo "C"
Apoyo de familiar/pareja					Declaración de familiar, pareja o amigo explicando la ayuda económica que dan (solicite el formulario "Carta de apoyo").
Otro ingreso (especifique)					Documentación de otros ingresos (ingresos de propiedades de alquiler, pagos de rentas, etc.)
TOTAL					

***Si no tiene ningún ingreso que declarar arriba, debe completar el formulario de Declaración personal de falta de ingresos.**
Entiendo que Christ Health podría confirmar toda la información de esta Solicitud. También entiendo que dar información falsa se considera fraude y dará lugar al rechazo de esta Solicitud y que será responsable del pago de los cargos por los servicios prestados, sin ningún descuento o reducción. Si se aprueba mi solicitud, entiendo que se exigirá una tarifa con descuento en el momento de cada consulta, además de cualquier otra tarifa que se aplique por otros procedimientos.

Firma del solicitante (obligatorio): _____ Fecha: _____