Solicitud para el programa de tarifas y descuentos variables

Información del paciente		**Fecha:** (mes) _____ (dia) _____ (año) _____		
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Otro nombre de uso:	
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Dirección para recibir correspondencia:		Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Teléfono de domicilio: ( ) -		Teléfono cellular: ( ) -		
Fecha de nacimineto: (mes)_____ (día)_____ (año)_____	Número de seguro social *ultimos cuatro solamente*: XXX-XX-	¿Tiene seguro médico? (marque con un círculo) Sí No		

Aviso: Para cumplir con las regulaciones federales y a fin de darle un descuento en nuestros servicios médicos, es necesario que hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán archivadas con estricta confidencialidad. Sus ingresos deben ser verificados anualmente. Su formulario de ingreso anual W-2, comprobantes de pago, copias de sus cheques del seguro social u otros cheques que pueda recibir serán pruebas suficientes. Su ingreso anual y el tamaño de su familia se usarán para calcular su descuento.

Su firma a continuación indica que autoriza al RUHS-Community Health Center a que verifique la información presentada con relación a sus ingresos y el número de integrantes en su familia.

Integrante de familia	Parentesco	Fecha de Nacimiento mes / día / año	Número de seguro social
		/ /	ultimos cuatro solamente: XXX-XX-
		/ /	ultimos cuatro solamente: XXX-XX-
		/ /	ultimos cuatro solamente: XXX-XX-
		/ /	ultimos cuatro solamente: XXX-XX-
		/ /	ultimos cuatro solamente: XXX-XX-

Ingresos de la familia

Persona	Cantidad	Frequencia (circule uno)	Empleador:	Dirección del empleador:
Usted	$	Semanal Mensual Anual		
Esposo(a)	$	Semanal Mensual Anual		
Hijos	$	Semanal Mensual Anual		
Otro	$	Semanal Mensual Anual		
TOTAL	**$**	**Semanal Mensual Anual**		

Otros ingresos	Usted	Esposo(a)	Hijos	Otro	Subtotal
				TOTAL	**$**

Porfavor marque con un circulo su respuesta:

¿Le ayudo este programa de tarifas y descuentos variables a reducir el impedimento a la atención médica por causa de costos? Si No

Si es colocado(a) en la Categoría A del programa de tarifas y descuentos variables, ¿tendria dificultad en pagar la Tarifa Nominal? Si No

Por el presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta. Acepto que cualquier información engañosa o falsa, y / u omisiones pueden descalificarme de una mayor consideración para el programa de tarifas y descuentos variables. Asimismo, entiendo que podría estar sujeto a sanciones establecidas por ley federal, las cuales podrían incluir multas y encarcelamiento. Acepto además informar al RUHS-Community Health Center de cualquier cambio importante en mis ingresos. Si mi solicitud es aprobada y si se me acepta al programa de tarifas y descuentos variables, cumpliré con toda norma y reglamento del RUHS-Community Health Center. Por la presente afirmo haber leído y entendido la información expuesta anteriormente.

Date:_____ Firma (paciente/padre o madre/tutor):_____

Form Revised 06/15/2018