

Solicitud para descuentos

For Office Use Only:

Household/Family Size: _____
 Household/Family Annual Income: \$ _____

Date: _____ Initials: _____

Esta solicitud para descuentos de tarifas, determina si usted califica para recibir servicios de cuidado de salud a precios reducidos. Por favor lea el boletín “Resumen de descuentos de tarifas” y las instrucciones en esta solicitud para recibir información que le va a ayudar a decidir quién es considerado parte de su hogar/familia y qué se considera como ingresos.

Usted va a necesitar completar esta aplicación y proporcionar pruebas actualizadas de documentación de ingresos cada año o cuando el tamaño o los ingresos de su hogar/familia cambien. Por favor pídale a cualquiera de los miembros de nuestro equipo de Servicio a pacientes que lo ayude a completar esta aplicación o que responda cualquier pregunta, si usted lo necesita.

Por favor marque esta casilla y firme abajo si usted no desea solicitar descuentos de tarifas.

Tamaño del Hogar/Familia

Por favor escriba todos los miembros de su hogar/familia los cuales viven juntos la mayoría del tiempo y dependen financieramente el uno del otro.

Cabeza de la familia / Persona Responsable (debe ser la persona que está completando esta solicitud)

1	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento
---	----------	---------------	---------------------

Otros miembros del hogar/familia

2	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento
---	----------	---------------	---------------------

¿Cuál es su relación con esta persona? Esposa/o Compañero/a Hijo/a Nieto/a Otro _____

3	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento
---	----------	---------------	---------------------

¿Cuál es su relación con esta persona? Esposa/o Compañero/a Hijo/a Nieto/a Otro _____

4	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento
---	----------	---------------	---------------------

¿Cuál es su relación con esta persona? Esposa/o Compañero/a Hijo/a Nieto/a Otro _____

5	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento
---	----------	---------------	---------------------

¿Cuál es su relación con esta persona? Esposa/o Compañero/a Hijo/a Nieto/a Otro _____

6	Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento
---	----------	---------------	---------------------

¿Cuál es su relación con esta persona? Esposa/o Compañero/a Hijo/a Nieto/a Otro _____

Solicitud para descuentos (página 2)

Ingresos del Hogar/familia

Por favor escriba todas las formas de ingresos mensuales (antes de impuestos) recibidos por cada miembro de su hogar/familia, al mes.

Nombre del miembro del Hogar/ familia	Sueldo/Cheque de Pago	Ingresos por trabajo individual o trabajos	Ingresos por pensión/retiro & seguro social e incapacidad	Estampillas de comida y bonos de vivienda y & otra asistencia pública	Pensión alimenticia y Manutención de menor	Ingreso por desempleo	Apoyo de familia/amigos y otras fuentes de ingreso	Total
							\$	

Reconocimientos

Por favor escriba sus iniciales abajo reconociendo que usted entiende cada una de las siguientes afirmaciones:

- _____ Yo he leído y entendido el “Resumen de descuento de tarifas” y estoy de acuerdo en seguir sus reglas.
- _____ Yo entiendo que debo proporcionar la documentación de pruebas de ingresos necesaria para calificar para los descuentos.
- _____ Yo voy a informarle a “Christ Community Health Services” tan pronto sea posible, si el tamaño o el ingreso de mi hogar/familia cambia.
- _____ Basado en la información compartida en esta solicitud y la evaluación hecha por el personal de CCHSA (siglas en ingles), estoy de acuerdo en pagar la tarifa descontada que se me pida en cada visita. Entiendo que la tarifa que tenga que pagar puede ser diferente dependiendo del tipo de servicio que yo esté recibiendo.
- _____ Yo entiendo que se me puede pedir que pague costos adicionales por ciertos exámenes de laboratorio, materiales/equipo, o por servicios dentales que no sean considerados “básicos” y que estas cantidades se discutirán conmigo antes de recibir los servicios.

Yo afirmo que toda la información proporcionada en esta solicitud para descuentos de tarifas es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Yo le doy al personal apropiado de CCHSA (siglas en ingles) permiso de investigar cualquier información proporcionada en esta solicitud. Yo entiendo que proporcionar información falsa resultará en no ser elegible para descuento de tarifas.

Firma del solicitante

Fecha