



Porque tanto amó Dios al mundo que dio a su Hijo unigénito, para que todo el que crea en él no se pierda, sino que tenga vida eterna.

Juan 3:16

Solicitud de Descuentos de Cargos de Facturación

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE CUENTA: \_\_\_\_\_

ESCRIBA LOS NOMBRES DEL ESPOSO/A Y HIJOS MENORES DE 18 AÑOS, RECLAMADOS POR LOS IMPUESTOS, QUE VIVEN EN EL HOGAR Y SUS FECHAS DE NACIMIENTO

Table with 4 columns: NOMBRE, RELACIÓN DEL PACIENTE, FECHA DE NACIMIENTO, INGRESO BRUTO MENSUAL. It contains 6 empty rows for data entry.

- 1. SI NO HAY INGRESOS DE UN TRABAJO, CÓMO SE APOYA? \_\_\_\_\_
2. USTED TIENE SEGURO MÉDICO? [ ] NO [ ] SI
3. SE LE OFRECE USTED O SU ESPOSO/A SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DE UN EMPLEADOR? [ ] NO [ ] SI
4. USTED/ SUS HIJOS TIENEN MEDICAID EN GA O SC O HAN TENIDO MEDICAID EN OTRO ESTADO? [ ] NO [ ] SI
5. USTED O UN MIEMBRO DE SU HOGAR TIENE UN RECLAMO PENDIENTE DE AUTOMÓVIL, COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR, O LESIONES PERSONALES? [ ] NO [ ] SI
6. PERDIÓ UN MIEMBRO DE SU HOGAR: TRABAJO, INGRESOS, SEGURO MÉDICO, SE MUDÓ, SE CASÓ, SE DIVORCIÓ EN LOS 60 DÍAS ANTERIORES? [ ] NO [ ] SI
7. UN MIEMBRO DE SU HOGAR ESTA EMBARAZADA O NECESITA WIC? [ ]

Deberá proporcionar verificación de ingresos para cada miembro del hogar. Marque todos los ingresos que correspondan

EMPLEO= (4) SEMANAL, (2) QUINCENAL (1) MENSUAL  
TALONES DE PAGO, CARTA DEL EMPLEADOR CON INFORMACIÓN  
DE CONTACTO

DISEMPLEO /COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES = CARTA DE  
BENEFICIO

SEGURO SOCIAL/SSI= CARTA DE BENEFICIO

PENSIÓN, BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD, BENEFICIOS PARA  
VETERANOS = CARTA DE BENEFICIOS

TRABAJOS OCASIONALES POR SU CUENTA PROPIA =  
DECLARACIÓN DE TRABAJO POR SU CUENTA, CARTA DE APOYO  
DE FAMILIARES O AMIGOS

TRABAJO POR SU CUENTA = DECLARACIÓN DE IMPUESTOS  
COMPLETA INCLUYENDO EL HORARIO C

MANTENCIÓN DE LOS HIJOS = INVOLUNTARIA O  
VOLUNTARIA= ORDEN DE LA CORTE O CARTA DEL PADRE  
AUSENTE

MANTENCIÓN DE LOS ESPOSOS = ORDEN DE LA CORTE  
O CARTA DEL ESPOSO/A AUSENTE

OTROS INGRESOS= DIVIDENDOS, INTERESES, INGRESOS POR  
ALQUILER = EXTRACTO DE CUENTA DEL BANCO MÁS RECIENTE  
DENTRO DE LOS 30 DÍAS ANTERIORES A LA SOLICITUD

SIN INGRESOS/ VIVIENDO DE LOS AHORROS = EXTRACTO DE  
CUENTA DEL BANCO MÁS RECIENTE DENTRO DE LOS 30 DÍAS  
ANTERIORES A LA SOLICITUD

He leído y comprendo la "descripción general" de los requisitos para descuento de cargos de facturación, y acepto seguir sus requisitos. Entiendo que debo proporcionar los documentos de prueba de ingresos necesarios para calificar para los descuentos de cargos de facturación. Notificaré a Christ Community Health Services lo más pronto posible, si cambia el tamaño o los ingresos de mi hogar/familia. Según la información compartida en esta solicitud y la evaluación realizada por los empleados de CCHSA, acepto pagar el pago con descuento que se me exige para cada visita. Entiendo que el pago de descuento que debo pagar puede ser diferente dependiendo del tipo de servicios que estoy recibiendo. Entiendo que se me puede solicitar que pague pagos adicionales por ciertas pruebas de laboratorio, suministros/equipos o por servicios dentales que no se consideren "básicos", y que estos montos se discutirán conmigo antes de recibir los servicios. Afirmo que toda la información provista en esta Solicitud de descuento de cargos es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Doy el permiso apropiado a los empleadores de CCHSA a investigar cualquier información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que proporcionar información falsa hará que ya no sea elegible para los descuentos de cargos de facturación.

\_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

FECHA

For Office Use Only:

ANNUAL INCOME: \_\_\_\_\_

HOUSEHOLD SIZE: \_\_\_\_\_

PROCESSED BY: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

COMMENTS:

