SISTEMAS DE SALUD MID-DELTA

Solicitud para tarifas reducidas

La Escala de Tarifas Variables se basa en su capacidad de pago. Si desea participar en el programa de Escala de Tarifas Variables, es necesario hacerle preguntas personales sobre su situación financiera. Esta información se mantendrá archivada en nuestra clínica con estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos una vez al año. La prueba de ingresos del **hogar total** puede incluir:

- Su declaración anual de impuestos sobre la renta y/o una copia de su formulario W-2
- 1 talón de cheque de pago actual
- Una copia de sus cheques del Seguro Social/carta de concesión o prueba de asistencia gubernamental
- Cheques, documentos u otros ingresos que pueda recibir

El ingreso anual de su hogar se utilizará para calcular el nivel de su descuento.

Instrucción: Complete toda la solicitud, firme y feche.

Parte responsable	**Fecha de nacimiento**	**N.º de SSN (opcional)**
Dirección	**Ciudad, estado, código postal**	**Número de teléfono**

Estado civil: Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

***Número TOTAL de personas que viven en su hogar, incluyéndose usted: _____**

***¿Alguien en su hogar está empleado? Sí o No**

Ingresos del hogar: Incluya a cualquier persona que reciba el 50% de apoyo financiero del hogar.

Lista de miembros del hogar	**Relación con el paciente**	**Fecha de nacimiento**

Declaro que la información anterior es verdadera. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También entiendo que, si mis ingresos cambian, debo notificar a la recepcionista en mi próxima visita.

Si NO desea solicitar nuestra Escala de Tarifas Variables:

Mid-Delta es un Centro de Salud Calificado Federalmente. Se nos exige obtener información sobre los ingresos del hogar para fines de informes. Indique el ingreso anual de su familia. Esto nos ayuda a reportar datos de ingresos incluso si no está solicitando la escala de tarifas variables.

____ $0 - $10,000 ____ $10,000 - $20,000 ____ $20,000 - $30,000 ____ $30,000 - $40,000
____ $40,000 - $50,000 ____ $50,000 - $60,000 ____ $60,000 - $70,000 ____ $70,000 - $80,000
____ $80,000 - $90,000 ____ $90,000 - $100,000 ____$100,000 + ____ Prefiere no divulgar

- □ **Me niego a proporcionar mi comprobante de ingresos para solicitar las tarifas reducidas. Al hacerlo, acepto que seré responsable de pagar la factura completa. (MARQUE LA CASILLA SOLO SI NO VA A PROPORCIONARLO)**

_____ _____ _____

Firma de la parte responsable Fecha Firma del entrevistador

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Pago bruto semanal $_____x4.334=
Pago bruto quincenal $_____x2.167=
Pago bruto dos veces al mes $_____x2.00=
Pago bruto mensual $_____x 12=
Totales x 12 meses
Ingreso anual total: $_____
Fecha de vencimiento: _____(1 año a partir de hoy)