

Solicitud de Tarifa Móvil Anual

| | |
|-------------------------------------|--|
| Descuento de Tarifa Variable | Declaro que he estado trabajando y/o recibiendo ingresos por la cantidad de \$ _____ cada (círcule uno) día, semana, quincenal, mensual, o anual. |
|-------------------------------------|--|

| | |
|--|--|
| <p>Community Health Care ofrece un descuento de tarifa variable a todos nuestros pacientes, independientemente de la cobertura del seguro. El descuento de tarifa variable le ofrece un descuento en sus servicios y se basa en el tamaño y los ingresos de su hogar. Este descuento se aplicará a su saldo después de que cumpla con sus copagos y se realicen los pagos del seguro. Para calificar para un descuento de tarifa variable, debe completar la solicitud como mínimo una vez al año.</p> | <p>¿De dónde recibe su hogar sus ingresos?</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos de empleo <input type="checkbox"/> Ingresos por desempleo</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad de Seguridad Social <input type="checkbox"/> Retiro o Pensión</p> <p><input type="checkbox"/> Manutención infantil o pensión alimenticia <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo del Estado o Federal</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos por rentas <input type="checkbox"/> Otro/Ingresos en efectivo _____</p> <p>¿Quién recibe Ingresos? <input type="checkbox"/> Usted <input type="checkbox"/> Esposo/a, <input type="checkbox"/> Otro/a Significativo/a: _____</p> |
|--|--|

Rechazo del descuento de tarifa variable

Usted ha **rechazado** nuestro descuento de tarifa variable. Firmando este formulario Usted está declarando que **no quiere** nuestro descuento de tarifa. Puede inscribirse para el descuento en cualquier momento, sin embargo, no se le pedirá que vuelva a sol

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ Si No puede firmar Iniciales del Personal _____ icitarlo durante un año a partir de la fecha de hoy.

Auto declaración de Descuento

Entiendo que mi información puede estar sujeta a verificación por parte de Community Health Care, Inc. Certifico que la información presente en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____ Si No puede firmar Iniciales del Personal _____

| Cuadro # <small>(uso de oficina)</small> | Nombre de integrantes de la familia <small>(viviendo en su hogar)</small> | Fecha de Nacimiento | Seguro |
|---|--|---------------------|---|
| | Usted: | | <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno |
| | Cónyuge/ Otro significativo/a: | | <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno |
| | Niño/a (menor de 18 años): Relación: | | <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno |
| | Niño/a (menor de 18 años): Relación: | | <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno |
| | Niño/a (menor de 18 años): Relación: | | <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno |
| | Niño/a (menor de 18 años): Relación: | | <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno |

Uso interno únicamente

Ingresos brutos del hogar \$ _____ (Anual) Tamaño de la Familia _____ Porcentaje de tarifa variable _____

Fecha de inicio efectivo _____ Fecha de final efectivo _____ PSP/Iniciales de Admisión ___/____