

Sliding Fee Discount Program Application – Spanish Translation



FIVE RIVERS HEALTH CENTERS

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA PROGRESIVA

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_

Es política de Five Rivers Health Centers brindar servicios de atención médica primaria a los pacientes que lo requieren, independientemente de su capacidad de pago. Se ofrecen descuentos a miembros de hogares con un ingreso combinado de hasta un 200 % del Nivel de Pobreza Federal. Complete la siguiente información para determinar el porcentaje para el que usted califica y devuélvala a la recepción.

**FAMILIA:**

Relación	Incluya	No incluya	Número
Usted mismo/a			1
Su cónyuge	Incluya si está casado/a legalmente, independientemente del sexo. Incluya si está legalmente casado/a aunque viva por separado (por ejemplo, su cónyuge se encuentra en el extranjero realizando servicio militar, por trabajo o por alguna otra razón que no sea separación o divorcio legal).	No incluya si está legalmente separado/a o divorciado/a. No es necesario que declare a su cónyuge si es víctima de abuso doméstico, violencia doméstica o abandono conyugal.	
Hijo(s)	Incluya el número de hijos dependientes. Incluya hijos adoptados o de crianza que vivan con usted y que declare como dependientes. Incluya el número de hijos de los que comparte custodia, si puede declararlos como dependientes.	No incluya si un hijo no es dependiente. No incluya hijos no nacidos.	
Otros dependientes:	Incluya el número de padres que declara como dependientes. Incluya el número de hermanos u otros parientes que declara como dependientes.	No incluya a una pareja doméstica con la que no está casado/a, a menos que tengan un hijo juntos o si le declarará como dependiente. No incluya compañeros de habitación.	
<b>NÚMERO TOTAL DE PERSONAS QUE SE MANTIENEN CON EL INGRESO FAMILIAR ANTERIOR:</b>			

Sliding Fee Discount Program Application – Spanish Translation

**INGRESO:**

Ingreso	Comprobación	Cantidad
Sueldos, salarios, propinas, etc.	Dos (2) talones de pago recientes. Formulario 1040, enunciado 22, más reciente W2, cuadro 1, más reciente Formulario 1099 (para autoempleo, se deberán informar los gastos comerciales más significativos en un formulario 1040, lista C)	
Pensión alimenticia	Talonario de cheques del mes más reciente	
Compensación por desempleo	Talonario de cheques mensual más reciente o carta de comprobación desglosada.	
Beneficios por seguridad social	Talonario de cheques mensual más reciente o carta de comprobación desglosada.	
Beneficios fiscales o del plan de retiro	Talonario de cheques del mes más reciente	
Intereses, dividendos, ingreso por rentas	Formulario 1040 más reciente	
Ingreso comercial	Formulario 1040 más reciente	
Ganancias de capital	Formulario 1040 más reciente	
Otros		
<b>INGRESO FAMILIAR TOTAL:</b>		\$

Enumere todos los miembros del hogar a continuación:

Nombre:	Fecha de nacimiento	Nombre:	Fecha de nacimiento
1. _____	_____	5. _____	_____
2. _____	_____	6. _____	_____
3. _____	_____	7. _____	_____
4. _____	_____	8. _____	_____

Se requieren documentos de apoyo antes de que se pueda aprobar un Descuento con Escala en Tarifa Progresiva y los descuentos aprobados tendrán validez de hasta doce (12) meses.

Los formularios aceptados incluyen: copias de 2 cheques/talonarios recientes, W-2 del año anterior, declaración de impuestos del año anterior, cheque/talonario o carta de otorgamiento de asistencia pública o seguridad social, Carta de certificación de asistencia médica o del Departamento de Servicios Sociales, prueba de Asistencia Gubernamental, carta de verificación del empleador o prueba de ingreso cero (carta de apoyo que haya sido completada por el individuo que brinda el apoyo o autocertificación firmada).

**CERTIFICACIÓN:**

Certifico que lo siguiente es verdad:

- 1) Que la información sobre el tamaño de la familia y del ingreso es correcta.
- 2) Se requiere documentación que apoye la posición financiera de mi familia antes de que mi descuento pueda ser aprobado y debo proporcionar esta información en el término de **treinta (30) días** de haber completado este formulario.
- 3) Debo actualizar esta información si mi situación cambia.
- 4) Se debe completar una nueva solicitud al menos cada doce (12) meses.
- 5) He recibido información que me explica el programa y entiendo y acepto apegarme a las condiciones.
- 6) El programa de descuento solamente será aplicable para los servicios que se reciban en Five Rivers Health Centers. La cantidad del descuento de tarifa progresiva podría variar dependiendo de los servicios recibidos.
- 7) Este programa de descuento no cubre los siguientes servicios o equipo.
  - a. Todos los servicios o equipo recibidos o adquiridos fuera de esta clínica, incluyendo
    - i. Exámenes de laboratorio de referencia
    - ii. Medicamentos
    - iii. Interpretación de radiografías por un radiólogo asesor
    - iv. Otros servicios de este tipo.
- 8) Soy un paciente de pago por cuenta propia y debo pagar un **mínimo de \$20** antes de recibir cualquier servicio de atención médica.
- 9) Si existe un saldo por pagar en mi cuenta después de que se aplique mi porcentaje de descuento, **estoy de acuerdo en celebrar un contrato para el pago y respetar los términos del mismo.** Si no puedo hacer un pago en alguno de los meses, debo comunicarme con el Departamento de facturación antes de la fecha límite para hablar sobre mi necesidad para modificar mi contrato de pago.
- 10) Si no puedo hacer un pago, me pondré en contacto con el Departamento de facturación de Five Rivers Health Center al (937)734-6830.

---

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente o garante

Fecha

**EXENCIÓN DEL DESCUENTO DE TARIFA PROGRESIVA**

**NO** firme a continuación si desea ser considerado/a para un descuento de tarifa progresiva.

**Elijo no completar la Solicitud de Tarifa Progresiva en este momento.** Renuncio a mi derecho a cualquier descuento al que tendría derecho de otra manera. Entiendo que seré responsable del pago completo de cualquier cargo al momento del servicio.

---

Nombre del paciente (en letra de molde)

Firma del paciente o garante

Fecha

**FOR OFFICE USE ONLY:**

<b>ANNUAL GROSS INCOME CALCULATOR:</b>	<b>PER PAY PERIOD</b>	<b>GROSS ANNUAL INCOME</b>
Income received (frequency):		
A. Weekly (each week):	\$ _____ x 52 =	\$ _____
B. Bi-Weekly (every two weeks):	\$ _____ x 26 =	\$ _____
C. Semi-Monthly (twice a month):	\$ _____ x 24 =	\$ _____
D. Monthly (each month):	\$ _____ x 12 =	\$ _____

Documentation Provided (circle):                      YES                                      NO

Application Approved (circle):                      YES                                      NO

Application Processed by: \_\_\_\_\_

Processed on: \_\_\_\_\_