

Aplicación para Tarifa Precios Reducida

San Luis Valley Behavioral Health Group ofrece a los pacientes elegibles un descuento en el costo de los servicios según una escala reducida de tarifas basada en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y devuélvala junto con un comprobante de ingresos del hogar para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en una de nuestras clínicas, pero no a aquellos servicios o equipos que se compren fuera de nuestra organización, incluidas las pruebas de laboratorio, la evaluación DOT-SAP, la evaluación CDL SAP, la remisión a un médico consultor y otros tales servicios que pueden ser facturados por otra organización.

Fecha de Aplicación: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento _____

Dirección
Correspondencia: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código Postal: _____

Aseguradora: _____ póliza # _____

MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR (por favor relacione los nombres, fecha de nacimiento de miembros adicionales en una página por separado)

	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
USTED		
ESPOSO(A)		
DEPENDIENTE		
DEPENDIENTE		
DEPENDIENTE		

INGRESO ANUAL DE SU GRUPO FAMILIAR

ORIGEN DEL INGRESO	USTED	ESPOSO (A)	OTRO	TOTAL
Salario Brutos, Propina, etc.				
Ingreso- Empleado Independiente				
Seguro Social (SSI o SSDI)				
Beneficios por Desempleo				
Otro Origen				
Ingreso Total				

PRUEBA DEL INGRESO DE SU GRUPO FAMILIAR

San Luis Valley Behavioral Health Group requiere prueba de ingresos para todos los miembros de la familia que viven en el hogar. Esta información debe ser devuelta dentro **de los 5 días hábiles** posteriores a la fecha de esta solicitud.

Para verificar sus ingresos, requerimos que proporcione una copia de lo siguiente:

- Declaración de impuestos sobre la renta federal más reciente (Formulario 1040) con W-2 / Formulario 1099 de respaldo y
- Recibos de pago que respalden los últimos 60 días de empleo para aquellos que trabajan en el hogar o
- Carta de verificación de empleo de su empleador comenzando con su frecuencia de ingresos y nómina o
- Estado de cuenta de pago de Seguro Social o Desempleo más reciente

POR FAVOR LEA Y FIRME A CONTINUACION:

Entiendo lo siguiente:

- Si mi solicitud es aceptada, será válida por **UN** año.
- Debo volver a presentar una solicitud anualmente y proporcionar documentación para continuar recibiendo servicios con descuento.
- Se debe realizar un pago que se solicitará y cobrará en el momento del servicio.

He revisado este formulario y certifico que la información que proporcioné es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que soy personalmente responsable por el costo de todos los servicios hasta el momento en que haya proporcionado la documentación necesaria para respaldar mi solicitud a fin de que se tome una determinación con respecto a un descuento de escala reducida de tarifas. Entiendo que debo notificar a San Luis Valley Behavioral Health Group si mi nivel de ingresos cambia o me aseguro. Si hay cambios, se me volverá a evaluar para el descuento de la escala reducida de tarifas. Toda la información se mantiene estrictamente confidencial.

Firma del Paciente / Representante Autorizado

Fecha

Nombre Impreso

Por favor devuelva la aplicación completa y firmada junto con los documentos soporte a:

Dirección Envío: SLVBHG

O email al: patientbilling@slvbhg.org

Attn: Patient Billing

8745 County Road 9 South

o fax al: 719-587-6822

Alamosa, CO 81101-9610

Internal Use Only

Reviewed By: _____ Approved By: _____

Eligibility Determination: _____

Date Approved: _____ Termination Date: _____