



APLICACION DEL PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTOS

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____ # de Cuenta: _____

Siendo un Centro de Salud Federalmente Calificado, Health Partnership Clinic (HPC) ofrece a los pacientes la oportunidad de tener tarifas con descuento determinadas por el tamaño del hogar y el ingreso anual del hogar. La solicitud de asistencia financiera debe completarse en su totalidad y toda la documentación requerida debe enviarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de solicitud. A los pacientes con solicitudes incompletas después de 30 días se les revocará la elegibilidad y se les facturarán los cargos completos. HPC requiere una nueva verificación del tamaño del hogar y de los ingresos cada 12 meses, o antes si hay algún cambio.

Por favor liste todos los miembros de su hogar: **# Total de miembros en el hogar:** _____

Nombre: (Comienza por la cabeza de familia)	Fecha de Nacimiento:	Relación:	Ingreso:	HPC # de Cuenta
			Si / NO	
			Si / NO	
			Si / NO	
			Si / NO	
			Si / NO	
			Si / NO	
			Si / NO	
			Si / NO	
			Si / NO	
			Si / NO	
			Si / NO	

Familias de más de 10 personas, solicitar otro formulario

Por favor, proporcione toda la información de los ingresos de su hogar:

El comprobante de ingresos DEBE presentarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de esta solicitud. Si mi solicitud está incompleta en mi primera visita, se requerirá que pague la tarifa nominal, según el Programa de descuento actual de tarifas de Health Partnership Clinic, por el tipo de servicios que reciba. Entiendo que, al finalizar se me asignará mi tarifa y podría resultar en un saldo adeudado si no califico para la tarifa nominal o si no soy elegible para un descuento. Si mi prueba de ingresos no se presenta dentro de los 30 días, mi elegibilidad será revocada y se me cobrarán los cargos completos.

Iniciales aquí _____ He leído y acepto la declaración de arriba.

Por favor seleccionar todos los que apliquen para los miembros de su familia

Salario	YES	NO
Seguro Social	YES	NO
Asistencia en efectivo	YES	NO
Ingresos de Negocios, trabajo por cuenta propia	YES	NO
Desempleo, compensación laboral, Discapacidad, beneficios de Huelgas, etc.	YES	NO
manutención Infantil – pensión Alimentaria	YES	NO
Becas Educativas, préstamos y premios	YES	NO
Propiedades de inversión/Ingreso de rentas	YES	NO

Si su ingreso es de \$0, ¿cómo satisface sus necesidades de comida, ropa, vivienda y transporte?

Al firmar a continuación, certifico que el personal de HPC puede comunicarse con cada empleador que figura en la lista y / o agencias para confirmar mis ingresos. Proporcionaré a HPC un comprobante de ingresos para determinar mi descuento. Se me pedirá que vuelva a llenar una solicitud cada 12 meses o antes si hay alguien cambio. Acepto informar a HPC si hay cambios en mis ingresos, tamaño del hogar o cobertura de seguro. Entiendo que ciertos servicios y / o artículos no pueden descontarse. Entiendo que HPC solo puede aplicar descuentos a servicios provistos por HPC. Si bien HPC puede tener acuerdos con proveedores externos para ofrecer servicios con un descuento, entiendo que será mi responsabilidad solicitar directamente la asistencia financiera para cualquier servicio al que me haya remitido HPC. Acepto pagar la tarifa de nivel que se me sea asignada al momento de los servicios. Entiendo que la documentación falsificada está sujeta a penalidades y puede descalificarme a mí o a los miembros de mi familia del programa. Por la presente certifico que la información que proporciono es correcta.

Firma del Apicante

Fecha

Firma del Tutor o persona con poder legal

Fecha

REVISED

09.18.2020

INTERNAL OFFICE USE ONLY:	
Account # _____	Combined Annual Income: _____
Effective Date: _____	Discount Level Assigned: _____
	Application Approved By: _____