



APLICACION DEL PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTOS

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

Como Centro de Salud Federalmente Calificado, Health Partnership Clinic (HPC) ofrece a los pacientes la oportunidad de recibir tarifas con descuento determinadas por el tamaño del hogar y los ingresos anuales del hogar. La solicitud de asistencia financiera debe completarse en su totalidad y toda la documentación requerida debe presentarse en el momento de la solicitud. HPC requiere una nueva verificación del tamaño y los ingresos del hogar cada 12 meses, o antes si hay un 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	

Familias de más de 10 personas, solicitar otro formulario

APLICACION DEL PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTOS

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

Salario	SI	NO
Seguro Social	SI	NO
Asistencia en efectivo	SI	NO
Ingresos de Negocios, trabajo por cuenta propia	SI	NO
Desempleo, compensación laboral, Discapacidad, beneficios de Huelgas, etc.	SI	NO
manutención Infantil – pensión Alimentaria	SI	NO
Becas Educativas, préstamos y premios	SI	NO
Propiedades de inversión/Ingreso de rentas	SI	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 listado y / o agencias para confirmar mis ingresos. He proporcionado a HPC un comprobante de ingresos con el fin de determinar mi descuento. Se me pedirá que vuelva a solicitar el programa cada 12 meses o antes si hay un cambio. Acepto informar a HPC si hay cambios en mis ingresos, el tamaño de mi hogar o la cobertura del seguro. Entiendo que ciertos servicios y / o artículos no se pueden descontar. Entiendo que HPC solo puede aplicar descuentos a los servicios prestados por HPC. Si bien HPC puede tener acuerdos con proveedores externos para ofrecer servicios con un descuento, entiendo que será mi responsabilidad solicitar directamente asistencia financiera para cualquier servicio al que HPC me haya referido. Acepto pagar mi tarifa de nivel de diapositiva asignada en el momento de los servicios. Entiendo que la documentación falsificada está sujeta a penalización 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 Aplicante

Fecha

Firma del Tutor o persona con poder legal

Fecha

REVISED 04.26.2022

INTERNAL OFFICE USE ONLY:

Account # _____	Combined Annual Income: _____
Effective Date: _____	Discount Level Assigned: _____
	Application Approved By: _____