

Solicitud para el ajuste de pagos con descuento ("Sliding Fee")

descargue y complete todas las páginas. Una vez terminado, envíe un correo electrónico a: intake@midtownhealthne.org

Es la política de Midtown Health Center proveer a la gente los servicios esenciales de salud, sin discriminación por su capacidad de pagar. Se ofrecen los descuentos basados en número de personas en la familia y el ingreso anual de la familia. Favor de llenar el cuestionario para determinar si usted o los miembros de su familia califican para recibir un descuento. Tal descuento se aplicará a los servicios recibidos en Midtown, con la excepción de los procedimientos electivos (no necesarios para su salud), y los materiales/equipo requeridos para tales procedimientos, o cuando los servicios y equipos tienen que pagarse por fuera (a otra entidad), incluyendo pruebas de laboratorio. Una vez que usted sea aprobado(a) para el ajuste de pagos con descuento ("sliding fee"), el descuento servirá por un año, a menos de que cambien sus ingresos.

Información del el/la solicitante:

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **Inicial Del Medio Nombre:** _____

Fecha de nacimiento : _____

Habla a: _____
Dirección *Ciudad* *Estado* *Código Postal*

Lugar de empleo: _____

Enumere su cónyuge/pareja, hijos o niños dependientes menores de 19 años, y cualquier otra persona en el hogar quien dependa económicamente de la cabeza:

Nombre	Fecha de nacimiento
Cónyuge/pareja:	
Persona quien:	

Ingreso anual de la familia:

Pare uso oficial

Fuente	Usted	Cónyuge/pareja	Otro	Verificado	Documento
Ingresos (sueldo, pagos, ingresos de auto-empleo/negocio, propinas)					
Compensación por desempleo, compensación al trabajador (“worker’s compensation”), Seguro Social (“Social Security”), Ingresos de Seguro Suplemental para los discapacitados (“Supplemental Security Income”), asistencia pública (TANF y otras asistencia en efectivo), pensión para veteranos, pensión para familiares de veteranos (“Survivor Benefits”)					
Pensión alimenticia y manutención					
Pensión de retiro, o fondos de retiro					
Ingresos de intereses, dividendos, rentas, regalías, herencias, fondos fiduciarios, asistencia educativa (del gobierno y privada)					
Ingreso de fuentes fuera del hogar					
Otras fuentes					

NOTA: Se requieren copias de las declaraciones de impuestos, talones de pago, u otra información que verifique sus ingresos antes de que se apruebe cualquier descuento. Ver la “Lista de documentos para la verificación de ingresos.”

Yo declaro que entiendo la información que me dieron sobre el ajuste de pagos con descuento, y entiendo que si he dado información falsa, cualquier descuento será cancelado y tendré que pagar todo el saldo de la cuenta(s) inmediatamente. También estoy de acuerdo con presentar los documentos para la verificación de ingresos, y entiendo que si no los llevo a la clínica dentro de 14 días después de mi consulta, se cobrará el precio completo de la visita y los servicios.

Nombre y apellido (letra de molde)	Fecha
Firma	

(firmar en la clínica)

Para uso oficial

Patient Name:	Amount Approved:
Approved by:	Date Approved:

LISTA DE DOCUMENTOS PARA LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Nombre y apellido del paciente:	Fecha de nacimiento:	Fecha límite para presentar los documentos (si no presenta sus documentos se le cobrarán los servicios al precio completo)
Nombre y apellido del fiador(a) (quien se responsabiliza de pagar)	Relación con el/la paciente	

Los documentos que se requieren para la verificación de ingresos:

Si no puede incluir ninguno de los documentos enumerados en su correo electrónico, traiga una copia impresa a su próxima visita

	Los dos (2) últimos talones de pago (“pay stub”)
	Declaración de impuestos (“tax return”) más reciente, de preferencia con los formatos W-2
	Una carta del Departamento de Trabajo (“Department of Labor”) la cual demuestra asistencia por desempleo
	Aviso de la Administración de Veteranos (“Veteran’s Administration”) que demuestra la pensión para veteranos o pensión para familiares de veteranos
	Aviso más reciente de parte de la Administración del Seguro Social que demuestra las cantidades más recientes de la pensión “SSA” o “SSI” por discapacidad.
	Un documento de la corte que demuestra los pagos de manutención y/o pensión alimenticia
	Comprobante de ingresos de pensión o fondo de retiro/fondos fiduciarios
	Una carta de parte del lugar donde el paciente(a) está recibiendo ayuda (residencia familiar/centro de rehabilitación/asilo)
	Otros ingresos (TANF, Worker’s Compensation (compensación al trabajador), asistencia educativa, etc.)
	Ingresos de auto-empleo/negocio (declaración de impuestos más reciente / Bitácoras completas / Resumen impreso de las finanzas de su empleo/negocio de QuickBooks u otro sistema de contabilidad electrónica)

Comentarios:

Firma del paciente: <i>(firmar en la clínica)</i>	Fecha:
Miembro del personal de Midtown:	Fecha: