

Solicitud para el Programs de Escala Movies de Tarifas

Nombre del paciente: _____ Número de teléfono: _____

Se me ha dado la oportunidad de presentar una solicitud para el Programa de escala variable de tarifas de HCHC, y no deseo solicitarlo en este momento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Los datos recopilados en este formulario solo se utilizarán para obtener información sobre usted y su familia para que podamos satisfacer mejor sus necesidades médicas, de salud conductual y/o dentales. **Esta información no se utilizará para retener o negarle servicios.**

- | | | |
|--|----------|----|
| 1. ¿Está cubierto por Medicaid, Medicare y/o algún otro seguro? | Si | No |
| 2. Si tiene un seguro privado, ¿cuál es su deducible anual, por miembro de la familia? | \$ _____ | |
| 3. ¿Alguna vez usted o sus dependientes solicitaron o se les negó Medicaid o Medicare? | Si | No |
| 4. ¿Le gustaría solicitar o volver a solicitar Medicaid de Nevada hoy? | Si | No |
| 5. ¿Está desempleado? | Si | No |

Incluya a usted, a su cónyuge/pareja y a todos los dependientes que viven en el hogar a continuación:

Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	Relación con la jefa de hogar
			Jefa de hogar

Verificación de Ingresos

Ingrese su **ingreso bruto** (el monto en dólares recibido antes de que se deduzcan los impuestos). **Los ingresos del hogar incluyen a todos en el hogar.** La prueba de ingresos incluye: declaración de impuestos más reciente, talones de cheques, verificación bancaria, una carta del empleador que indique los salarios ganados o prueba de desempleo.

Si no hay ingresos que reportar, o si no desea cumplir con los requisitos de documentación, debe completar el reverso de esta solicitud.

¿Como te pagan?	Círcule uno	Monto	Office Use Only
Salarios de trabajo	Semanal / Quincenal / Mensual / Otro	\$ _____	Staff Signature: _____ Staff Name: _____ Date: _____ Discount Scale & Rate: _____ Patient Advised of Discount Rate: _____ <div style="text-align: right;">Initials</div>
Salarios en efectivo	Semanal / Quincenal / Mensual / Otro	\$ _____	
Discapacidad	Semanal / Quincenal / Mensual / Otro	\$ _____	
Seguridad Social	Semanal / Quincenal / Mensual / Otro	\$ _____	
Desempleo	Semanal / Quincenal / Mensual / Otro	\$ _____	
Compensación de trabajadores	Semanal / Quincenal / Mensual / Otro	\$ _____	
Otros ingresos _____	Semanal / Quincenal / Mensual / Otro	\$ _____	

Consulte el Programa de Descuento Actual de la Tarifa Variable de HCHC

Declaración de reconocimiento del paciente

Certifico que la información proporcionada es precisa y completa a mi leal saber y entender y, en caso de que se produzca un cambio en los ingresos o en la cobertura del seguro, me pondré en contacto/notificaré a HCHC. Entiendo que seré financieramente responsable por **la totalidad o una parte de mi atención** y que se me pedirá que **envíe el pago en el momento del servicio**. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para establecer la elegibilidad de mi familia para servicios con descuento.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

.....

Declaración de declinación (para pacientes que no desean cumplir con los requisitos de la escala móvil)

Debido a que no desea solicitar o cumplir con los requisitos para solicitar nuestro descuento de escala móvil, está eligiendo ser un paciente que paga por cuenta propia. Esto significa que pagará **\$200.00** por adelantado en el momento del servicio y será responsable de todos y cada uno de los saldos adeudados después de ingresar los cargos del proveedor por su visita. También será responsable de cualquier cargo de laboratorio y/o rayos X para la visita de hoy. No se aplica ningún descuento por cargos de oficina o cargos de laboratorio y no se le permitirá recibir un descuento por estos cargos en caso de que se complete una futura solicitud de escala móvil de tarifas.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

.....

Complete a continuación para la auto declaración de ingresos

Complete la información a continuación solo si **no tiene otra forma de documentar sus ingresos**. Se deben marcar todas las casillas a continuación y responder todas las preguntas. El no completar esta información resultará en la denegación de su solicitud para un descuento de escala móvil.

- Me pagan en efectivo.
- No recibo cheques de pago.
- No recibo recibos de pago.
- No puedo obtener una carta de mi empleador. Explicar por qué: _____

Mis ingresos en efectivo son: \$ _____ ¿Con qué frecuencia? (Circulé uno): Semanal / Quincenal / Mensual / Otro: _____

Declaración de certificación del paciente

Certifico que no tengo otra forma de documentar mis ingresos y que toda la información anterior es correcta. Entiendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para el Programa de escala móvil de tarifas de HCHC. Entiendo que los funcionarios de HCHC pueden verificar la información en este formulario.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Declaración de certificación del empleado

Certifico que le pregunté al solicitante/beneficiario sobre todas las fuentes de ingresos recibidas por el hogar y, antes de usar este formulario, hice todo lo posible para obtener otras posibles fuentes de documentación. La información reportada en este formulario fue provista únicamente por el solicitante/beneficiario y refleja los ingresos que el solicitante me reportó.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Nombre del empleado: _____