

Carolina Family Health Centers, Inc.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center • Wilson Community Health Center

Solicitud para el Programa de Descuentos Según la Escala Proporcional

DATE: _____

PATIENT ID# _____

SECCIÓN I: INFORMACION DEL PACIENTE

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ # ID del Paciente _____

DIRECCIÓN _____

TELEFONO _____

¿Tiene seguro médico? Sí _____ No _____

Incluyendo: Medicaid, Medicare, BC/BS, United Healthcare, MedCost, VA, ACA, y cualquier otro seguro privado.

SECCIÓN II: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

Escriba los nombres de las personas que forman parte del hogar del paciente, iniciando con el responsable de la cuenta (la persona responsable del pago de la cuenta del paciente). Si algún miembro de la familia está cubierto por algún seguro de salud, Medicaid o Medicare, describa la cobertura del seguro a continuación. Los miembros de la familia son aquellos parientes por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntos. Los individuos que no son parientes, aunque vivan en la misma casa, se consideran otra familia aparte.

| NOMBRE | PARENTESCO | EDAD | COBERTURA DEL SEGURO |
|--------------------------|------------|-------|----------------------|
| RESPONSABLE DE LA CUENTA | _____ | _____ | _____ |
| PACIENTE | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

PERSONAL DE CFHC: Se debe adjuntar una copia de la parte del frente y de atrás de la tarjeta del seguro médico del responsable de la cuenta del paciente.

Carolina Family Health Centers, Inc.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center • Wilson Community Health Center

Solicitud para el Programa de Descuentos Según la Escala Proporcional

DATE: _____

PATIENT ID# _____

SECCIÓN III: INFORMACION DE INGRESOS

Se requiere comprobante de ingresos. Los ingresos se definen como las ganancias totales anuales, antes de impuestos (ganancia bruta), de todas las fuentes: incluyendo sueldos, asistencia pública, el desempleo, pagos de jubilación, seguridad social, manutención de los hijos, pensión alimenticia y los ingresos de trabajo por cuenta propia (su propio negocio o finca). Los Ingresos no incluyen regalos, ni activos por la venta de propiedad ni beneficios no monetarios como Medicaid, estampillas de comida, vivienda pública, etc.

Escriba para todos los miembros de la familia que trabajan:

Nombre del miembro de familia _____ Nombre del empleador _____

Pago por hora \$ _____ x Horas/Semana _____ = Bruto semanal \$ _____ x 52 semanas = Bruto Anual \$ _____

Este miembro de familia, ¿trabaja un segundo turno y/o medio tiempo? _____ Si es así, complete la siguiente información
SI/NO

Nombre del miembro de familia _____ Nombre del empleador _____

Pago por hora \$ _____ x Horas/Semana _____ = Bruto semanal \$ _____ x 52 semanas = Bruto Anual \$ _____

Este miembro de familia, ¿trabaja un segundo turno y/o medio tiempo? _____ Si es así, complete la siguiente información
SI/NO

Nombre del miembro de familia _____ Nombre del empleador _____

Pago por hora \$ _____ x Horas/Semana _____ = Bruto semanal \$ _____ x 52 semanas = Bruto Anual \$ _____

Este miembro de familia, ¿trabaja un segundo turno y/o medio tiempo? _____ Si es así, complete la siguiente información
SI/NO

¿Algún miembro de la familia recibe dinero de Seguridad Social o por Incapacidad? Sí _____ No _____

Nombre del miembro de familia _____ Cheque Mensual \$ _____ x 12 = Bruto Anual \$ _____

Nombre del miembro de familia _____ Cheque Mensual \$ _____ x 12 = Bruto Anual \$ _____

¿Algún miembro de la familia recibe cheques de Retiro o Pensión? Sí _____ No _____

Nombre del miembro de familia _____ Cheque Mensual \$ _____ x 12 = Bruto Anual \$ _____

Nombre del miembro de familia _____ Cheque Mensual \$ _____ x 12 = Bruto Anual \$ _____

¿Algún miembro de familia recibe pensión alimenticia por los niños y/o conyugal? Sí _____ No _____

Nombre del miembro de familia _____ Cheque Mensual \$ _____ x 12 = Bruto Anual \$ _____

¿Algún miembro de la familia recibe ADC o Prestaciones Sociales? Sí _____ No _____

Nombre del miembro de familia _____ Cheque Mensual \$ _____ x 12 = Bruto Anual \$ _____

¿Su familia tiene alguna otra fuente de ingreso? Sí _____ (Descríbala a continuación) No _____

_____ Total Bruto \$ _____

NUMERO TOTAL DE MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE SE MANTIENEN CON ESTE INGRESO: _____

INGRESO TOTAL ANUAL \$ _____ ESCALA PROPORCIONAL DESIGNADA _____ %

Si el paciente no tiene una fuente de ingresos, pídale que complete la sección "Sin Fuente de Ingresos" de la solicitud.

Si el paciente no puede proporcionar prueba de ingresos porque su actual empleador no se la entrega, pídale que complete el Anexo "Auto-Declaración de Ingresos".

Carolina Family Health Centers, Inc.

Carolina Family Dental Center • Freedom Hill Community Health Center • Harvest Family Health Center • Wilson Community Health Center

Solicitud para el Programa de Descuentos Según la Escala Proporcional

DATE: _____

PATIENT ID# _____

SECCIÓN IV: DECLARACION DEL PACIENTE

Certifico que la información proporcionada es verdadera y exacta. He reportado todas las fuentes de ingreso que se reciben para mantener a mi familia. Entiendo que se puede y se tomará acción legal contra mí si no hubiese revelado mi situación financiera en su totalidad. Estoy de acuerdo en notificar a Carolina Family Health Centers, Inc. (CFHC, Inc.) siempre que mi estado financiero o el tamaño de mi familia cambien.

Certifico que la dirección en la Sección I de esta solicitud, en mi dirección física actual en la que vivo en el momento de completar esta solicitud.

Estoy de acuerdo en notificar a CFHC, Inc. en cualquier momento que mi cobertura de seguro médico cambie. Entiendo que CFHC, Inc. cobra a mi compañía de seguros como una cortesía a sus pacientes y que es mi responsabilidad llevar a cabo cualquier seguimiento necesario con mi compañía de seguros o solicitar ayuda al personal CFHC, Inc. También entiendo y acepto que todos los cargos que la compañía de seguros no pague, son mi responsabilidad.

Además, mi firma certifica que doy permiso al programa de asistencia al paciente, al Programa de Cuidado de SIDA de Carolina del Norte o a sus designados, para revisar mis registros de elegibilidad para fines de auditoría.

Firma del responsable de la cuenta _____ Fecha _____

Firma del paciente _____ Fecha _____

Como empleado/a de CFHC, Inc., certifico, hasta donde me es posible, que la información en la solicitud es una representación exacta de la información que el PACIENTE reportó y completó.

Firma del personal de CFHC, Inc. _____ Fecha _____