

Solicitud de tarifa móvil

Shortgrass Community Health Center ofrece a los pacientes un descuento en sus facturas médicas si califican para nuestro descuento de tarifas ajustables. El descuento se basa en los ingresos brutos de todos los miembros del hogar (según la política de SCHC) y en el número de miembros de la familia. Si desea solicitar este descuento, necesitamos verificar sus ingresos. Se requiere presentar comprobantes de ingresos correspondientes a las últimas 8 semanas. (Ejemplos: talon de pago más reciente, formularios W-2 del año anterior, declaraciones de impuestos, estados de cuenta bancarios que muestren los depósitos, carta del empleador indicando los ingresos, carta de declaración de una persona ajena al hogar o una carta de declaración jurada propia). Enumere TODOS los miembros de la familia: (Frecuencia = Semanal, Quincenal, Bimestral, Mensual o Anual)

Nombre	Fecha de cumpleaños	Ingreso	Frecuencia

**** Los pacientes que solicitan el programa de tarifa variable están obligados a comunicarse con SCHC si cambian sus ingresos o el estado de su hogar, o si son elegibles para el seguro. Los pacientes deben actualizar la información anualmente para permanecer en el programa de tarifas variables. La elegibilidad es válida por un periodo de hasta 12 meses, a menos que cambien las circunstancias económicas del paciente.**

DECLARACIÓN JURADA

Al firmar a continuación, certifico que, a la fecha de mi firma, las fuentes de ingresos indicadas constituyen la totalidad de los ingresos de mi hogar y que los miembros de la familia enumerados dependen exclusivamente de dichos ingresos, o bien que la explicación proporcionada para acreditar mi nivel de ingresos es veraz. Entiendo que, si me niego a presentar una prueba de ingresos aceptable, SCHC reevaluará mi elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifas Escalonadas (Sliding Fee Discount Program) conforme a las políticas establecidas por escrito, lo que podría dar lugar a que deba abonar el costo total de los servicios.

Firma _____ Fecha _____

Sliding Scale Discount (SÓLO PARA USO DE OFICINA)

Total household WEEKLY income _____	Total # household members _____
Total household BIWEEKLY income _____	<u>Staff calculations</u>
Total household BIMONTH income _____	
Total household MONTHLY income _____	
Total household ANNUAL income _____	

VALID from: _____ TO _____
(month/day/year) (month/day/year) (Authorized Office Staff Signature)

Income Category: ☐ <=100% ☐ 101-150% ☐ 151-200% ☐ over 200% Sliding fee calculator completed: ☐