

Solicitud de tarifa móvil

Shortgrass Community Health Center ofrece a los pacientes un descuento en sus facturas médicas si califican para nuestra escala móvil de tarifas. El descuento se basa en los ingresos BRUTOS de TODOS los miembros del hogar y la cantidad de miembros de la familia. Si desea solicitar este descuento, necesitamos verificación de ingresos. Se requiere prueba de ingresos.

(Ejemplos: talón de pago más reciente, formularios W-2 del año anterior, declaraciones de impuestos, extracto bancario que muestra depósitos, carta de ingresos del empleador, carta de certificación de alguien que no es miembro del hogar, carta de autocertificación).

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.**

DECLARACIÓN JURADA

Al firmar a continuación, certifico que, a la fecha de mi firma, las fuentes de ingresos enumeradas constituyen todos los ingresos de mi hogar, y que los miembros de la familia enumerados son todos dependientes exclusivamente de esos ingresos, o que la explicación proporcionada para ver mis ingresos el nivel es veraz. Entiendo que tengo 30 días para proporcionar comprobantes de ingresos o seré responsable de pagar de inmediato el cargo completo de todas las visitas.

Firma _____ **Fecha** _____

Sliding Scale Discount (SÓLO PARA USO DE OFICINA)

Total household WEEKLY income _____ Total # household members _____

Total household BIWEEKLY income _____ **Staff calculations**

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: