

Solicitud de descuento en la escala de pago

Nombre del paciente

Fecha de nacimiento del paciente

Número de teléfono del paciente

Número de seguro social del paciente

Dirección, ciudad, estado y código postal del paciente

ENUMERE A TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA/DEL HOGAR

Relación	Nombre	Fecha de nacimiento
Usted		
Cónyuge/Pareja		
Dependiente		
Dependiente		
Dependiente		
Dependiente		
Dependiente		
Dependiente		

INGRESOS Y SALARIOS

Fuente de ingresos	Semanalmente	Quincenal	Mensual	Anualmente
Salarios brutos, sueldos, propinas (autofinanciadas)				
Salarios brutos, sueldos, propinas (cónyuge/pareja)				
Desempleo, asistencia pública, SNAP, etc.				
Manutención de los hijos, pensión alimenticia				
Seguridad Social, SSI				
Pensión				
Beneficios para militares/veteranos				
Intereses, ingresos por alquileres, regalías, etc.				
TOTAL				

Al firmar este formulario, doy fe de que el número de integrantes y el ingreso de mi grupo familiar indicados anteriormente son verdaderos y correctos, según mi leal saber y entender. También entiendo que brindar información falsa puede significar que no pueda recibir atención aquí. Doy permiso a CrescentCare para investigar cualquier información incluida en esta solicitud, incluida la realización de un informe de crédito. Entiendo que si mi ingreso cambiara, debo notificarlo al personal de CrescentCare en mi próxima visita. Por el presente, reconozco que estoy solicitando asistencia de un programa financiado por la Administración de Servicios y Recursos de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) y que el título 18, sección 1001 del Código de Estados Unidos estipula que una persona es culpable de un delito grave por proporcionar declaraciones falsas o fraudulentas de forma intencional y voluntaria.

Firma

Fecha

El descuento en la escala de pagos de CrescentCare está disponible para pacientes cuyos ingresos y número de integrantes del grupo familiar sean del 200 % o menos de las Pautas Federales de Pobreza. "Escala de pagos" significa que los costos cambian según el ingreso y el número de integrantes del grupo familiar del paciente. En CrescentCare, el número de integrantes de la familia o el grupo familiar incluye a todos los individuos que se definen y presentan a sí mismos como una familia para los servicios, independientemente de su estado civil real o percibido, orientación sexual o identidad de género. Una familia puede ser un grupo de personas relacionadas o no relacionadas que comparten acuerdos de vivienda, gastos e ingresos. Los no familiares, tales como los compañeros de hogar, no cuentan como miembros de una familia.

Para calificar para participar del programa de descuento en la escala de pagos, debe proporcionar un comprobante de ingresos dentro de los 30 días calendario. Aceptamos la siguiente documentación como comprobante de ingresos: talones de cheques, carta de concesión de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) /Seguro Social por Incapacidad (SSDI, por sus siglas en inglés), carta de cupones para alimentos, carta de un empleador, comprobante de Medicaid, formulario del impuesto sobre la renta personal, o comprobante de aceptación de un programa de vivienda subsidiada (como la sección 8) o vivienda con apoyo permanente. Se aceptará otra documentación según el caso. Si usted no nos proporciona una prueba de sus ingresos en un término de 30 días a partir de hoy, usted será responsable del costo total de la visita

For Office Use Only

Patient Name	
Approved Discount	
Approved By	
Date Approved	