



Because EVERYONE Deserves GREAT CARE.

Solicitud para la Escala Variable de Descuentos

Para ver si usted califica para un descuento, por favor complete este formulario y **muestre prueba de los ingresos brutos mensuales de su hogar a la recepcionista**. Si tiene alguna consulta, sírvase leer la información al dorso de esta forma o pídale asistencia a la recepcionista.

Nombre del solicitante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

(1) Miembros de la familia y sus ingresos

A continuación liste las personas de su familia que dependen de los mismos ingresos. No liste a niños de crianza temporal (*foster children*).

Por favor indique la cantidad en dólares del total de ingresos mensuales que sustenta a los miembros de la familia listados abajo. Incluya dinero que se gane (sueldo, ganancias, intereses, ahorros) así como dinero recibido que no se gane (asistencia social, desempleo, manutención infantil, regalos, subsidios).

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco <i>Solo/Sola</i>	Ingreso Bruto Mensual
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____
7.	_____	_____	_____	_____
8.	_____	_____	_____	_____

Total del ingreso bruto mensual de su hogar (laboral y no laboral): \$_____

(2) Afirmación

“Esta información es correcta y verdadera a mi mejor saber. Entiendo que si hay cambios en el ingreso bruto mensual de mi hogar, tengo que llenar una nueva aplicación y presentar prueba de la nueva cifra de ingresos. Le doy permiso a **HealthPoint** para que verifique la información acerca de mi estado financiero. El hecho de no cumplir con estas condiciones podría descalificarme de futuros descuentos por los servicios de **HealthPoint**. Comprendo que el hecho de solicitar y recibir un descuento no significa que los servicios Dentales, Médicos y de la Farmacia sean gratis y que soy responsable de la deuda restante.”

Nombre: _____ Firma: _____ Fecha: _____

<input type="checkbox"/> Patient declined to complete. Firma: _____ Fecha: _____
Verified by: _____ Date: _____ Category: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F

[PATIENT LABEL HERE]

Información Acerca de la Escala Variable de Descuentos

¿Qué es la escala variable de descuentos?

La escala variable de descuentos es el método que usamos para ofrecer descuentos al costo de la atención médica basándose en el tamaño de la familia del paciente y de sus ingresos.

¿Qué pasa si no lo pido?

Si usted decide no postular, entonces se le va a pedir que pague todo el costo de la prestación de servicios médicos.

¿Cómo puedo comprobar mis ingresos?

- a. Planilla de pago que muestre los ingresos del año a la fecha
- b. Últimos talones de sueldo por lo menos un mes
- c. Declaraciones de sueldo actual (declaración escrita del empleador)
- d. Últimos talones de pago del desempleo de por lo menos un mes
- e. Último estado de cuenta bancaria que muestre la entrada y salida de dinero de la cuenta
- f. Último estado de cuentas de la Administración de Seguridad Social
- g. Carta de persona que sustenta económicamente al paciente. La carta debe indicar una cantidad de dólares.
- h. Primera página de la Declaración de Impuestos a la Renta actual o del año pasado
- i. Forma W-2 del año pasado
- j. Para dueños de negocio, declaración de ganancias/pérdidas, línea 7, en declaración de impuestos actual o del año pasado

¿Y qué pasa si no traigo la prueba de los ingresos?

Sin prueba de ingresos, sólo su primera visita a **HealthPoint** clasificará para un descuento variable. Todas las otras visitas van a ser cobradas en total, sin descuentos.

¿La escala variable de descuentos cambia la cantidad de mi co-pago, deducible o co-aseguranza?

No. Si su compañía de aseguranza requiere que usted pague una cierta cantidad de co-pago, deducible o co-aseguranza por los servicios recibidos, usted igual debe pagar esa cantidad.

¿Y si hay cambios en mi información?

Si sus ingresos o el tamaño de su familia cambia, por favor infórmeselo a la recepcionista. Se pedirá que llene una solicitud nueva y que compruebe los nuevos ingresos.

¿Y si lo que me cobran sigue siendo demasiado caro?

Nuestro Representante de Servicios al Cliente puede hacer una evaluación para ver si califica para servicios médicos a un costo reducido. También es posible que usted pueda pactar un plan para hacer pagos mensuales por hasta 120 días desde las fecha del servicio.