

APPLICATION FOR SLIDING FEE RATE

Es política de Friends of Family Health Center brindar servicios esenciales y de calidad sin importar la capacidad de pago del paciente. Nuestro sistema de tarifas ajustables depende del tamaño de la familia y del ingreso. Por favor, complete la siguiente información y devuelva este formulario en la recepción para determinar la tarifa ajustable para su visita.

Los ejemplos de ingresos incluyen lo siguiente:

- Salarios del empleo (incluyendo comisiones, propinas, bonificaciones, honorarios, etc.)
- Ingresos por la operación de un negocio
- Ingresos por alquiler de bienes inmuebles o bienes personales
- Intereses o dividendos de activos
- Pagos de seguridad social, anualidades, pólizas de seguro, fondos de jubilación, pensiones o beneficios por fallecimiento
- Prestaciones por desempleo o discapacidad
- Pagos de asistencia pública
- Asignaciones periódicas como pensión alimenticia, manutención infantil o regalos recibidos de personas que no viven en mi hogar
- Ventas de recursos autónomos (Avon, Mary Kay, Pampered Chef, etc.) o cuentas de redes sociales/"influencers" (Instagram, TikTok, YouTube, Facebook)
- Cualquier otra fuente no mencionada anteriormente

¿Cuántas personas hay en tu hogar, incluyéndote a ti (ingresa un número): # _____

Instrucciones: Ingresa el ingreso mensual de cada miembro de tu hogar que mencionaste arriba, incluido tú.		
<i>Miembro del Hogar</i>	<i>Nombre Completo</i>	<i>Ingreso Mensual</i>
Yo		\$ _____
Esposo(a)		\$ _____
Familiares		\$ _____
Familiares		\$ _____
Otro		\$ _____
<i>OFFICE USE ONLY</i>		
Total income combined for all household members: \$ _____		
<i>MRN:</i> _____		<i>FPL % :</i> _____
<i>DOB:</i> _____		<i>SFS Rate Determination:</i> \$ _____

Marque aquí si no tiene ninguna documentación que respalde su comprobante de ingresos hoy.

Al marcar esta casilla, declaro que hoy no tengo ninguna documentación que respalde mi comprobante de ingresos por la siguiente razón: _____.

- La tarifa se aplicara a todos los servicios recibidos en el centro de salud pero no a aquellos servicios que se obtengan afuera, tales como: remisiones para pruebas de laboratorio, medicinas, lectura de rayos-x por un radiólogo y otros servicios similares.
- Es posible que se requieran copias de sus declaraciones de impuestos y las de su familia, talones de cheques y otra información para verificar sus ingresos antes de que se apruebe una tasa variable.
- La tarifa variable se aplica solo a los servicios recibidos desde el día en que se apruebe su solicitud hasta 12 meses después.
- Este formulario es válido por 12 meses a partir de la fecha en que lo complete. Después de 12 meses puede completar un formulario de solicitud de reevaluación para tarifa variable.
- Es su responsabilidad actualizar FOFHC si hay un cambio en el tamaño de la familia/hogar y/o en los ingresos y, en ese momento, completar una nueva Solicitud de Tarifa Variable.

INICIA AQUI:

_____ Entiendo que es posible que se requieran copias de las declaraciones de impuestos, talones de cheques de pago y otra información para verificar los ingresos anteriores antes que se apruebe una tasa variable.

_____ Entiendo que se me pedirá que presente una nueva solicitud en 12 meses cuando se venza mi tarifa variable aprobada y tambien que proporcione documentación sobre mi comprobante de ingresos.

_____ Certifico que los ingresos y el tamaño de la familia proporcionados hoy son los más precisos según mi conocimiento.

_____ Certifico que notificaré a la oficina cualquier cambio en mis ingresos.

_____ Entiendo que se esperará que lleve la verificación de mis ingresos mensuales brutos a la clínica en mi próxima visita, o dentro de treinta (30) días a partir de mi última visita, lo que ocurra primero. Después de 90 días, una solicitud incompleta se considerará no elegible y todos los cargos se ajustarán al pago completo.

_____ Imprime su nombre

_____ Firma

_____ Fecha