



- Original Application
- 6 month renewal
- 1 year renewal

Date Submitted: _____
 Dept: _____

Solicitud Financiera

La información provista en esta forma es estrictamente confidencial.
 Esta información es utilizada para determinar su descuento por los servicios de salud recibidos, esto, de acuerdo a su capacidad de pago.

REV 2-1-2022

<div style="border: 2px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; text-align: center;"> (1) Solicitud por familia <small>Incluya todo los miembros de su hogar- esposo(a) y dependientes</small> </div>	<input type="checkbox"/> Evidencia de Ingreso 2 talonarios quincenal 4 semanas consecutivas o una carta del empleador	<input type="checkbox"/> Identificación	<input type="checkbox"/> Declaración de impuestos sobre ingresos o Certificados de Nacimiento (si tiene dependientes) (si esposa (o) es incluida como dependiente, también incluir su ingreso)
---	--	---	---

Información del Paciente (si el paciente es un menor la información del padre o guardián va aquí)			
Nombre:	Inicial:	Apellido:	Otros Nombres:
# Seguro Social:	Fecha de Nacimiento: (mes/día/año)	Teléfono #: ()	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular
Dirección:	Suite/Apt.:	Ciudad:	Estado/ Código postal:
¿Tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Los pagos del seguro médico serán aplicados al total de sus cargos antes del ajuste de "sliding fee" (tarifa de descuento de acuerdo a ingresos)		Estado Civil (marque con un círculo): Soltero Casado Separado Divorciado Viudo	

Información del garantizador ¿Es el paciente? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no (Si marcó sí, no complete la información del garantizador)		
Nombre:	Inicial:	Apellido:

Información de todos los miembros del hogar: Incluya sus dependientes y su esposo(a) si esta casado(a)

** Favor de incluir su DECLARACIÓN DE IMPUESTOS o CERTIFICADOS DE NACIMIENTOS para comprobar sus dependientes **			
Nombre:	Relación:	# Seguro Social:	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
Nombre:	Relación:	# Seguro Social:	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
Nombre:	Relación:	# Seguro Social:	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
Nombre:	Relación:	# Seguro Social:	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)
Nombre:	Relación:	# Seguro Social:	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)

Ingreso del hogar incluye: Sueldos, salarios y propinas de todos las personas mencionadas arriba, ingreso de cualquier dependiente, ingreso neto de negocio propio, compensación por desempleo, dividendos, interés sujeto a contribución; pensión alimenticia, dinero en efectivo, rentas, manutención de los hijos, ingresos por retiro o pensiones; seguro social, incluyendo pago por incapacidad, seguro social suplementario (SSI) etc.

Ingreso "BRUTOS" del hogar: (incluye ingreso por todos los individuos mencionados anteriormente)

Ingresos	Fuente (usted, esposo, etc., mencionados arriba)	Cantidad	Documento provisto como evidencia 1	Frecuencia (Semanal, mensual, anual)	Subtotal Anualizado
Empleo 1:					
Empleo 2:					
Manutención para hijos: (Pensión alimenticia)					
Apoyo o ayuda en efectivo:					
Otro:					

Total de Ingresos del hogar por año: _____

Hago presente, juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Si ocurre un cambio en el estatus, entiendo que es mi responsabilidad notificar a Community Health Services, lo antes posible.
 El acuerdo de descuento en tarifa ha sido discutido conmigo. Entiendo que este descuento aplicará en cada visita y que la porción de la tarifa es pagada cuando los servicios son provistos.

- He recibido copia de este acuerdo El paciente rechazó copia

Nombre del Paciente (Letra de molde) _____ Firma del paciente _____ Fecha: _____

Para uso solamente, del personal de CHS

Declaración de impuestos o Certificados de Nacimientos

¿Cuántos dependientes se incluyen de acuerdo a la declaración de impuestos y certificados de nacimiento provistos? 1 2 3 4 5 6 7

Evidencia de ingresos- 2 talonarios quincenal 4 semanas consecutivas o CARTA del empleador

¿Cuán frecuente recibe el paciente ingresos? No tiene ingreso -->

Declaración de ingresos del paciente

Ingreso bruto (incluye tiempo extra)			
Semanalmente	Cada 2 (dos) semanas	Mensualmente	Periódicamente
1) Sume 1, 2, 3, 4	1) Sume 1, 2	1) Multiplique por 12	1) Intente estimar un salario anual o una carta del patrono con membrete
2) Divida por 4	2) Divida por 4		2)
3) Multiplique por 52	3) Multiplique por 52		3)
4)			4)
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL

NOTAS

Procurador del Paciente de CHS

Procurador del Paciente: _____

Fecha: _____

Elegibilidad de Seguro Médico

Sí
 No

Rechazó
 Tiene seguro privado

Elegibilidad de "Sliding Fee"

Sí
 No
 Rechazó

Elegibilidad de descuento "Sliding Fee"

		Slide A (≤ 100% FPL)	Slide B (101% - 125% FPL)	Slide C (126% - 150% FPL)	Slide D (151% - 200% FPL)	Slide E (extra 200% FPL)
<input type="checkbox"/> Aprobado (círcule el "Slide")	Servicios Médicos	\$20	\$40	\$60	\$80	Precio Completo
	Todos	\$30	\$40	\$50	\$60	Precio Completo
<input type="checkbox"/> No cualifica	Responsabilidad del Paciente					
	Servicios Dentales					
	Otro					
	Dentadura Postiza (se pueden aplicar costos de laboratorio adicionales)	\$500	\$600	\$700	\$800	Precio Completo
	Coronas, Puentes, Carillas y Endodoncias (se pueden aplicar costos de laboratorio adicionales)	\$200	\$300	\$400	\$500	Precio Completo
	Extracciones	\$60	\$70	\$80	\$90	Precio Completo
	Guarda Oclusal (se pueden aplicar costos de laboratorio adicionales)	\$60	\$70	\$80	\$90	Precio Completo
	Raspado (por cuadrante)	\$60	\$70	\$80	\$90	Precio Completo
Empastes (por diente)	\$60	\$70	\$80	\$90	Precio Completo	
Limpieza de Dentaduras Postizas	\$20	\$20	\$30	\$35	Precio Completo	
Selladores (por diente)	\$10	\$15	\$20	\$25	Precio Completo	

Este acuerdo es válido por **seis (6) meses, un (1) año** (círcule uno) desde la fecha de efectividad, o si el paciente cualifica para seguro y elige el seguro médico.

Fecha de efectividad: _____

Fecha de expiración: _____

Informado al paciente Fecha: _____

Slide Fee registrado en Nextgen

Servicios Médicos
 Dental

Mensaje de voz Fecha: _____

Empleado de CHS _____

Aprobación _____

Cuenta revisada por Especialista de Facturación

Fecha: _____