



- 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 5-7-18

(1) Solicitud por familia
Incluya todo los miembros de su hogar- esposo(a) y dependientes

FAVOR DE ADJUNTAR (INCLUIR)

- Evidencia de Ingreso
2 talonarios quincenal
4 semanas consecutivas
o una carta del empleador
- Identificación
- 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? sí 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? sí 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)

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 Rechazó
 No

Elegibilidad de descuento "Sliding Fee"

Aprobado
(círcule el "Slide")

Responsabilidad del Paciente	Servicios Médicos	Slide A (<= 100% FPL)		Slide B (101% - 125% FPL)	Slide C (126% - 150% FPL)	Slide D (151% - 200% FPL)
		Todos	\$20	\$40	\$60	\$80
Servicios Dentales	Básicos	\$30	25% de los cargos	50% de los cargos	75% de los cargos	
	Gastos Mayores	25% de los cargos	35% de los cargos	50% de los cargos	75% de los cargos	

No cualifica

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: _____