

Información de descuento de tarifa variable

Es la política del Bluegrass Community Health Center (BCHC) proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. BCHC ofrece descuentos basados en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, incluyendo productos farmacéuticos 340B, interpretación de rayos X por un radiólogo, y otros servicios.

Nombre de Paciente	Apellido	Segundo Nombre	Fecha de nacimiento:
--------------------	----------	----------------	----------------------

Household Size (list all family members residing in your household including applicant)

Nombre:	Fecha de nacimiento:

Verificación de ingresos (anote todas las fuentes de ingresos recibidas por los miembros de la familia que residen en su hogar en una línea separada)

Nombre:	Relación al paciente	Fuente de los ingresos:	Salario bruto:	Frecuencia: Semanal (52); Cada 2 semanas (26); Dos veces al mes (24); Mensual (12)
Total del hogar:				

Nota: Es posible que se requieran copias de declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento. * Los informes de no ingresos requieren la verificación de una organización comunitaria o agencia gubernamental. BCHC ofrece varios programas para ayudar a los pacientes a pagar por servicios de atención médica y medicamentos. Cada uno de estos programas tiene criterios específicos para la inscripción y verificación; sin embargo, todos los programas requieren que esta información se actualice anualmente. No podemos proporcionar un descuento sin una solicitud completa y verificación de ingresos. La visita de hoy será rebajada basada en la información proporcionada arriba. Si no tiene la documentación para la visita de hoy, se considerará pago propio hasta que la verificación de sus ingresos sea recibida. **La verificación debe recibirse antes de la próxima visita o en un plazo de 30 días (lo que ocurra primero).** Si no proporciona la verificación necesaria, será responsable del costo total de todos los servicios proporcionados. BCHC se reserva el derecho de retirar los descuentos por no proporcionar la información correcta. Es su responsabilidad informarnos inmediatamente si su situación financiera cambia en ingresos y/o estado de seguro. Certifico que he leído las declaraciones anteriores y estoy completando este estado financiero con exactitud, según mi conocimiento. Certifico que la información sobre el tamaño y los ingresos de la familia que se muestra arriba es correcta.

Firma: _____

Fecha: _____

Office Use Only

Account Number: _____

Sliding Fee Level					Effective Date	Expiration Date	Employee Name
A	B	C	D	E			
Verification Checklist					Yes	No	Employee Name
Identification/Address: Government issued ID, other _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Income: Prior year tax return, most recent pay stubs, or other _____					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	