

Solicitud de descuento de tarifa de desplazamiento

Cómo funciona la escala de honorarios

Como un gobierno federal salud centro (FQHC), centro de salud de la comunidad de cristianos, es necesaria para proporcionar un desplazamiento descuento cuota a pacientes que cumplen con las pautas de elegibilidad. Para determinar si usted es elegible para este descuento debe completar y firmar esta aplicación. La aplicación de tasa deslizante se utiliza para determinar la elegibilidad para la escala y evaluar el nivel de descuento asignado al paciente.

Además de esta aplicación, usted necesitará proporcionar CCHC con los siguientes documentos para solicitar el descuento de cuota deslizante:

Comprobante de ingresos para usted y cualquier persona que resida en su hogar. Lo siguiente puede ser utilizado como comprobante de ingresos:

- Formularios W-2
- Dos más recientes talones de pago
- Declaraciones de impuestos
- Cualquier otra documentación de ingresos (es decir, declaración de beneficios de desempleo, carta de beneficios de seguro social, carta de beneficios de asistencia pública y etcetera).
- Si no trabajan y no tienen una fuente de ingresos, una carta de apoyo de la parte sustentante o persona que usted está viviendo con

Prueba de identificación también se pedirá en forma de dos de los siguientes:

- Licencia de conducir
- Tarjeta de identificación del estado
- Certificado de nacimiento (si nació en los Estados Unidos)
- Licencia de matrimonio (si es necesario la verificación)
- Gafete de identificación de empleo
- Atención de identificación de Illinois Medicaid
- Tarjeta de matrícula consular
- Factura de electricidad
- Atención de identificación del votante
- Pasaporte válido
- Tarjeta de registro extranjero (comúnmente conocida como "tarjeta verde")

Información para el paciente

Nombre (apellido)_____ (el nombre primero) _____

Fecha De Nacimiento_____

¿Tienes ahora mismo un trabajo? Sí No

¿Su esposo tiene un trabajo ahora? Sí No

¿Cualquiera de los otros miembros de la familia que vivan con usted tiene un trabajo ahora? Sí No

Miembros de la familia y el ingreso bruto (los hijos, esposo, padres o suegros)

Marque aquí si usted se rehúsa a proporcionar comprobante de ingresos. Tenga en cuenta que usted no será elegible para el programa de descuento de cuota deslizando si se niega a proporcionar esta información

Nombre de los miembros del hogar	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Ingreso mensual (ingresos brutos)	¿Asegurado ? (Si/No)	¿Estudiante ? (Si/No)
1.	<input type="radio"/> sí mismo <input type="radio"/> esposo/compañero <input type="radio"/> niño <input type="radio"/> otro dependiente				
2.	<input type="radio"/> sí mismo <input type="radio"/> esposo/compañero <input type="radio"/> niño <input type="radio"/> otro dependiente				
3.	<input type="radio"/> sí mismo <input type="radio"/> esposo/compañero <input type="radio"/> niño <input type="radio"/> otro dependiente				
4.	<input type="radio"/> sí mismo <input type="radio"/> esposo/compañero <input type="radio"/> niño <input type="radio"/> otro dependiente				
5.	<input type="radio"/> sí mismo <input type="radio"/> esposo/compañero <input type="radio"/> niño <input type="radio"/> otro dependiente				
6.	<input type="radio"/> sí mismo <input type="radio"/> esposo/compañero <input type="radio"/> niño <input type="radio"/> otro dependiente				
7.	<input type="radio"/> sí mismo <input type="radio"/> esposo/compañero <input type="radio"/> niño <input type="radio"/> otro dependiente				
8.	<input type="radio"/> sí mismo <input type="radio"/> esposo/compañero <input type="radio"/> niño <input type="radio"/> otro dependiente				

** Adecuada prueba de documentos de ingresos debe proporcionarse para cada miembro del hogar

Certificación

Prometo que todo lo que he escrito en este formulario es verdadera y correcta lo que sé. Entiendo que Christian Community Health Center puede asegurarse de que lo que he dicho en este formulario es verdadera y autorizo a Christian Community Health Center en contacto con terceros para asegurarse de que la información es correcta. Bajo estoy si dije cualquier cosa en esta aplicación que no es cierto, no seré capaz de obtener ayuda financiera, cualquier ayuda financiera puede invertirse y voy a tener que pagar ningún cargo.

Yo estoy de acuerdo y entiendo que soy responsable de cualquier cargo asociado con mi visita.

Paciente solicitante nombre: _____ fecha: _____

Firma del paciente/solicitante: _____

para ser completado por el personal de la oficina

Tasa de descuento elegibilidad identificación de deslizamiento

Basada en la información de tamaño y renta hogar siempre fueron encontrados elegibles para el programa de descuento tasa desplazamiento siguientes:

		Salud médica/conductual	Dental
	Nivel 1	\$25 por persona y por visita	\$35 dólares, por persona, por visita, por el procedimiento
	Nivel 2	\$30 por persona y por visita	\$40, por persona, por visita, por el procedimiento
	Nivel 3	\$35 por persona y por visita	\$45, por persona, por visita, por el procedimiento
	Nivel 4	\$40, por persona, por visita	\$50, por persona, por visita, por el procedimiento
	Precio completo	El precio completo de la oficina, por persona, por visita (Mínimo de \$75 al momento del check-in)	El precio completo de la oficina, por persona, por visita (Mínimo de \$75 al momento del check-in)

nombre del empleado CCHC

fecha

Firma del empleado CCHC