

Solicitud de Programa de Descuentos de Escala Proporcional de Rural Health Group



Para solicitar servicios con descuento en Rural Health Group necesitamos saber un poco sobre su familia y sus ingresos. Esta información sólo se utiliza para calcular su descuento y es confidencial.

Información del solicitante

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:
Si el paciente es menor de 18 años, nombre del padre o tutor:	Parentesco:
¿Cuenta con seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre del seguro médico: _____ (Si cuenta con seguro, facturaremos a su compañía de seguros y aplicaremos el descuento a cualquier saldo adeudado en concepto de copagos y deducibles.)	
¿Está preparado para pagar la totalidad de su visita hoy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Trabaja actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	

Datos del hogar

Enumere a TODOS LOS MIEMBROS de su hogar. Incluya a los que contribuyen a los ingresos del hogar y a todas las personas de las que es responsable económicamente o a las que puede declarar en sus impuestos. (En el reverso encontrará espacio adicional para los miembros del hogar).

Si tiene hijos menores de 18 años, Rural Health Group le anima a solicitar Medicaid como la mejor opción para usted y su familia si no puede pagar los servicios médicos.

¿Cuántas personas hay en su familia? # Niños: _____ # Adultos: _____ = Total _____

Nombre	Edad	Parentesco con el paciente

Información de ingresos

Por favor, indique una estimación de los ingresos de su hogar - incluya a todos los miembros de su familia. (Los ingresos se calculan antes de deducir los impuestos.)

En mi hogar se gana \$ _____ ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Anual

Por favor, marque qué elemento(s) aportará como prueba de ingresos:

- ☐ Última nómina ☐ Formulario(s) W-2, 1099, 1040 ☐ Estado de cuenta
☐ Formulario de impuestos IRS 4506-t ☐ Carta del empleador ☐ Carta de concesión o declaración de prestaciones

Nota: Si no puede aportar ninguno de los datos anteriores como prueba de ingresos, o si **NO** tiene ninguna fuente de ingresos, rellene la sección del reverso.

Certificación

Al firmar esto certifico que toda esta información es verdadera.

Firma

Fecha

(Paciente o tutor legal/familiar más cercano/representante autorizado, si el paciente no puede firmar) (La elegibilidad vence a los 12 meses a partir de la fecha)

Solicitud de Programa de Descuentos de Escala Proporcional de Rural Health Group

Sin ingresos/sin comprobante de ingresos

Si no puede proporcionar **COMPROBANTE DE INGRESOS, NO TIENE INGRESOS**, o tiene una **DIFICULTAD**, por favor proporcione una breve descripción de su situación actual:

☐ No puedo proporcionar ingresos ☐ No tengo ingresos ☐ Tengo una dificultad

DECLARACIÓN DEL PACIENTE REQUERIDA:

Certificación

Con mi firma certifico que toda esta información es verdadera.

Firma

Fecha

(Paciente o tutor legal/familiar más cercano/representante autorizado, si el paciente no puede firmar) (La elegibilidad vence a los 12 meses a partir de la fecha)

Datos del hogar, Cont.

Nombre	Edad	Parentesco con el paciente

Para uso exclusivo de la oficina

Firma del personal de RHG: _____ Fecha: _____

☐ Aprobado - 1 año ☐ Negado ☐ Dirigido a la dirección de RHG o a la persona designada para la revisión de la dificultad/negación.

Notas del revisor: _____

Aplicación validada por: _____ Fecha: _____

Negación confirmada por: _____ Fecha: _____