



SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE DESCUENTO

Billing Office Approval
Self-Pay
Sliding Fee
Homeless Program
Patient #
Guarantor #
Initials

JEFE DE FAMILIA

Nombres y apellidos Fecha de nacimiento (mes/día/año)

Dirección Ciudad Estado Código Postal Teléfono

NSS (número de seguro social) Correo electrónico

Table with 6 columns: Nombres de todos en la familia (apellidos, nombres), Fecha de nacimiento, Parentesco, Patrono, Seguro médico, Paciente de la clínica. Includes checkboxes for 'Sí' and 'No'.

¿Eres estudiante a tiempo completo?
¿Tienes vivienda permanente (casa, apartamento, etc.)?
Si no es así, ¿dónde pasó la noche?

—LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS SE ACEPTARÁN COMO FORMA DE VERIFICACIÓN DE INGRESO—

- Declaración de impuestos del año anterior
Estado de cuenta del seguro social o discapacidad
Talones de pago de todo un mes
Notificación por parte del subsidio alimenticio, o desempleo
Otras copias relacionadas con la manutención, TANF, etc.
Referencias en papel con membrete por parte de la organización que está ayudando al paciente con el estado financiero
Si quedó desempleado durante el último mes, presentar documentación del ingreso obtenido antes de quedar desempleado
Si es estudiante a tiempo completo y no trabaja; presentar el horario de clases que muestra las clases del semestre actual
Si usted no puede demostrar ingreso, comuníquese con la oficina de facturación para obtener más información

—LEA MUY CUIDADOSAMENTE ANTES DE FIRMAR—

El programa de escala de tarifas según ingresos está basado en el tamaño de la familia e ingreso bruto y la verificación de ingreso es obligatoria. Al firmar a continuación, estoy acordando que Falls Community Health pueda comunicarse con cada patrón de todas las personas que laboran en la familia antes mencionada y/o pueda comunicarse con varias agencias para verificar cualquier fuente de ingreso.

Se me invitará una vez al año a volver a solicitar el programa de escalas de tarifas según ingresos y estoy obligado a informar a Falls Community Health cualquier cambio en la familia, ingreso y/o seguro médico. Después de 30 días, las solicitudes que carezcan la información necesaria serán rechazadas sin aviso previo.

Certifico que toda información que se proporciona en este formulario es correcta y veraz.

Firma Fecha

Devuelva por correo o en persona este formulario lleno y los documentos de verificación de ingreso a:

Attention: Billing Office
Falls Community Health
521 North Main Avenue, Suite 100
Sioux Falls, SD 57104