



**SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS DE DESCUENTO**

Billing Office Approval	
<input type="checkbox"/> Self-Pay	<input type="checkbox"/> -B <input type="checkbox"/> -C <input type="checkbox"/> -D <input type="checkbox"/> -E <input type="checkbox"/> -F
<input type="checkbox"/> Sliding Fee	<input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_

Nombres de todos en la familia (apellidos, nombres)	Fecha de nacimiento	Parentesco	Patrono	Seguro médico	Paciente de la clínica
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Eres estudiante a tiempo completo?  Sí  No

¿Tienes vivienda permanente (casa, apartamento, etc.)?  Sí  No

Si no es así, ¿dónde pasó la noche?  Albergue  Calle  Amigos/Familiares  Otro: \_\_\_\_\_

**—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**