



**PROGRAMA DE PAGO BASADO EN INGRESOS (Tarifa de Deslizamiento)**

Por favor, enumere a todas las personas (incluido usted) en su hogar:

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>del Seguro Social</u>
_____	____ - ____ - ____	____ / ____ / ____
_____	____ - ____ - ____	____ / ____ / ____
_____	____ - ____ - ____	____ / ____ / ____
_____	____ - ____ - ____	____ / ____ / ____

**Cualquier miembro adicional de la familia y la información se puede poner en otra hoja y adjuntar**

**Dirección:**

**Número de teléfono:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Hay alguna persona en su hogar empleada? SI o NO

En caso afirmativo, ¿Quién está empleado? \_\_\_\_\_

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

¿Salario? \$ \_\_\_\_\_ por wk/mo/yr. (Documentación requerida).

¿Tiene seguro a través de su empleador? Si o NO

En caso afirmativo, Seguros: \_\_\_\_\_ Póliza ? \_\_\_\_\_

¿Recibe un miembro del hogar alguna de las siguientes prestaciones?: SSI, Seguro Social, Manutención de Niños, Pensión allmenticia, Compensación de Trabajadores, Desempleo, Pensión, Anualidad,

Otro: \_\_\_\_\_ ?

¿Cantidad recibida? \$ \_\_\_\_\_ por wk/mo/yr.

**NOTICE - LOS CARGOS REDUCIDOS DEBEN SER PAGADOS EN EL MOMENTO DE LA VISITA DE OFICINA.**

La información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Otorgo al Centro de Atención Primaria del Condado de Lewis, Inc. permiso para verificar la información anterior de todas las fuentes disponibles. Acepto notificar al Centro de Atención Primaria del Condado de Lewis, Inc. si hay algún cambio en mi situación financiera.

\_\_\_\_\_ Fecha firmada \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE OFICINA**

Director \_\_\_\_\_ Ejecutivo del Entrevistador \_\_\_\_\_

Importe del Descuento aprobado \_\_\_\_\_ % Pagos del Paciente \_\_\_\_\_ %

Acct - \_\_\_\_\_ Archivo de \_\_\_\_\_ tarjeta de \_\_\_\_\_ ingresos señalado \_\_\_ Adj Made \_\_\_\_\_



## PROGRAMA DE PAGO BASADO EN INGRESOS (Tarifa de Deslizamiento)

El Centro de Atención Primaria del Condado de Lewis hace negocios, ya que PrimaryPlus ofrece un programa de pago basado en los ingresos familiares y el número de miembros de la familia.

Lo contrario es una **SOLICITUD DE TARIFA DE SLIDING**. \*\*\*\*\*Por favor complete y regrese con prueba de **TODOS los ingresos del hogar. LA NO PROPORCIONAR PRUEBA DE TODOS LOS INGRESOS RETRASA EL PROCESAMIENTO.** \*\*\*\*\*

### Las formas aceptables de ingresos incluyen:

- Los paystubs recientes
- Declaraciones de desempleo
- Cartas de premio SSI/SSA
- Declaraciones de impuestos
- Documentación de pensión o compensación de trabajadores

### Si no tiene ingresos o trabajos impares de trabajo, proporcione lo siguiente:

- Denial carta del Departamento de Salud y Servicios Humanos
- Carta de denegación de K-Chip
- Carta de denegación de Medicaid
- Letter para sellos de alimentos (todas las páginas).

Por favor, traiga esta documentación a nuestro empleado de recepción y estaremos encantados de hacer copias – no queremos mantener los originales en el archivo.

Si está calificado, usted es elegible para un descuento que va del **25% al 75% en todos los Servicios Médicos** y un descuento que oscila entre el 25% y el **50% en todos los Servicios Dentales** ofrecidos en el centro (co-pays, millones, equipos médicos, etc. **NO son ELEGIBLES** por descuento.)

Sin embargo, una vez aprobado, para seguir siendo elegible **USTED DEBE HACER TODOS LOS EFFORT PARA PAGAR SU PARTE EN EL DIA QUE SE PROPORCIONAN LOS SERVICIOS.** Por favor, esté preparado para hacer un pago en el momento del registro de salida. El incumplimiento de este requisito hará que su solicitud SEA VOID, por lo que no será elegible para un descuento adicional.

Las solicitudes de tarifas de deslizamiento **deben actualizarse anualmente** antes, si los ingresos de su hogar cambian.

Por favor, no dude en llamar a nuestro Departamento de Servicios al Paciente si tiene alguna pregunta con respecto a nuestra solicitud. **POR FAVOR REGRESE SOLICITUD COMPLETADA A CUALQUIER UBICACIÓN DE PRIMARYPLUS O CORREO A:**

PrimaryPlus Sliding Fee Scale  
P.O. Box 550  
Vanceburg, KY 41179

He read lo anterior y entiendo su contenido y significado.

Fecha firmada \_\_\_\_\_

Gracias

(APLICACIÓN EN EL REVERSO)