

Peach Tree Healthcare

PTC MIC PTYC LOC PTM PTNS YCDV SCDV PTPV PTCV

SOLICITUD DE INSCRIPCION PARA QUOTA DE ACUERDO A INGRESOS

Por favor escriba en letra de molde

TODA LA INFORMACION ES MANTENIDA DE MANERA CONFIDENCIAL

¿Por qué necesitamos saber su ingreso del hogar?

- Algunos de los fondos de presupuesto de programa vienen de fondos de concesiones. Para la mayoría de estas concesiones, nosotros necesitamos proveer información de ingresos de nuestros pacientes para comprobar la necesidad financiera en las comunidades que servimos.
- Estas concesiones nos permiten proveer un nivel más alto de calidad y una disponibilidad más grande de servicios.
- Para poder obtener estas concesiones y para mantenerlas, nosotros necesitamos proporcionar información demográfica, incluyendo recursos financieros de los pacientes para comprobar que estamos sirviendo a las personas para las cuales estos fondos de concesión han sido asignados.

Nombre del Solicitante: _____

Numero de seguro social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de trabajo: _____ Teléfono de casa: _____

Verificación Necesarias: (uno de los siguientes)

- Dos (2) talones de cheques mas recientes reflejando un mes de ingresos de todos los miembros de familia que reciban ingresos
- Última declaración de impuestos del año
- Carta de su empleador (en su papel con membrete) declarando sus ingresos
- Otro: _____

Se me ha notificado que debo proveer pruebas de ingreso para recibir un descuento por mi visita el día de _____ y que si no lo traigo, yo tendre que pagar 100% de la consulta. Yo entiendo que la cuota de descuento no aplica a medicinas, procedimientos cosméticos, o servicios rendidos en la clínica para especialistas independientes o proveedores de servicio. Yo entiendo que la cuota de descuento es acuerdo a mis ingresos. La cuota de descuento es el ultimo recurso. Solicitantes que califiquen podran calificar para otros recursos como; Medi-Cal o beneficios de Veteranos, pueden aplicar para estos programas en cumplimiento con la póliza de cuota de acuerdo a ingresos de FQHC. Los servicios no se negaran basados en la habilidad de no poder pagar.

Firma de Paciente: _____

Fecha: _____

Peach Tree Healthcare

Definiciones:

Miembros del Hogar:

Todos los miembros de un hogar que sean parientes y/o que contribuyan recursos financieros son contados como una familia, siempre y cuando los arreglos sean considerados como permanentes y que proporcionen apoyo adicional a comida y vivienda

Ingresos:

Los ingresos son definidos como el recibo de efectivo de todas las fuentes antes de impuestos, incluyendo:

- Sueldos y Salarios
- Ingresos de empleo propio menos gastos de operación.
- Pagos de asistencia pública, seguro social, beneficios de huelga, pension militar, incapacidad, pension alimenticia, pensiones privadas o del gobierno, seguro regular o pagos de anualidad.
- Ingresos de dividendos, intereses, anualidades, derechos de autor, propiedades o fideicomisos

Por favor complete la siguiente información sobre usted mismo y sobre todos los miembros de la familia:

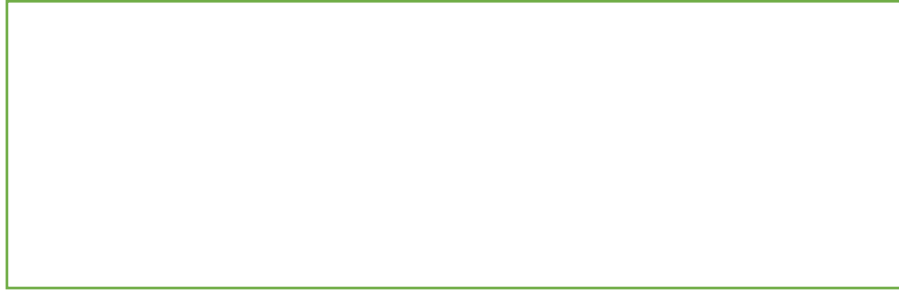
Nombre con apellido	Parentesco	Edad	Fecha de nacimiento	Empleador	Ingresos Mensuales
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
					\$
				Seccion 1 Subtotal:	\$

Anote los ingresos que reciben TODOS los miembros de la familia:

Fuente de Pago	Si	No	Cantidad por Mes
Pension Alimenticia			\$
Manutencion de los Hijos (Child Support)			\$
Cuidado Adoptivo (Foster Care)			\$
Desempleo			\$
Dinero Efectivo			\$
Compensacion de Trabajadores			\$
Seguro Social			\$
Otras Modificaciones			\$
Modificaciones de Retiro			\$
Descapacidad			\$
Intereses/Dividendos			\$
Ingresos de Arrendamiento/Alquiler			\$
Otros			\$

Seccion 2 Subtotal:	\$
----------------------------	----

Peach Tree Healthcare



La información proporcionada en su solicitud sera actualizada anualmente. Si ocurre un cambio en sus ingresos, tamaño del hogar y/o seguro medico, por favor notificanos inmediatamente.

Yo autorizo que Peach Tree Clinic, Inc., verifique la información proporcionada en esta solicitud. Yo autorizo que mis beneficios de seguro sean pagados directamente a autorizo que la clínica provea información a mi compañía de seguros sobre mis visitas de oficina o a otras terceras partes para que vean la conciliación de mi cuenta. Yo certifico que las declaraciones concernientes a personas e ingresos en mi hogar son verdaderas y correctas y acuerdo a notificar a la clínica sobre los cambios en ingresos, domicilio y numero de miembros en mi hogar. Yo entiendo que la información proporcionada en este formulario sera mantenida de manera confidencial, con excepción de los propósitos mencionados arriba.

Firma de Paciente _____

Fecha _____

Customer Service Specialist Name _____

Date _____