



Solicitud de Pagos Ajustables

HOH ID: _____

En Community Health Service Inc. (CHSI), los pacientes nunca son rechazados debido a su incapacidad para pagar. CHSI ofrece un descuento en sus servicios en función de sus ingresos anuales y el tamaño de su hogar. Por favor de completar la solicitud y proporcione documentación para verificar sus ingresos. Su solicitud no será procesada hasta que se reciba la verificación de ingresos. Sin embargo, CHSI retroactivamente descontará cargos si la solicitud es efectúa dentro de los 30 días siguientes a la fecha de servicio.

Información del Cabeza de Familia (Garante):

Nombre: (Primero, Segundo/Inicial, Apellido)		Fecha de Nacimiento (FDN):	Número Social:
Dirección Postal:		# Teléfono principal: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro	# Teléfono secundario: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Otro
Ciudad/Estado/ Código Postal:			
Contacto de Emergencia:		Número de Teléfono:	Relación al garante
Correo Electrónico: <input type="checkbox"/> Reuse Portal de Paciente <input type="checkbox"/> inscribirse para el portal de paciente <input type="checkbox"/> Ninguno			Seguro médico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información del Hogar: Apunte todas las personas que usted mantiene.

Nombre (Primer, Segundo/Inicial, Apellido)	FDN	Relación al garante	Seguro Médico	Número Social:
1.			Sí / No	
2.			Sí / No	
3.			Sí / No	
4.			Sí / No	
5.			Sí / No	

Información de Ingresos: Por favor, incluya los ingresos de todos los miembros de su hogar que están empleados.

Forma de Impuestos 1040 \$	W2 \$	Deshabilitado \$	Talones de Cheque \$ (Marque la frecuencia de pago)	
Desempleo \$	TANF \$	Pensión Alimenticia \$	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual
			<input type="checkbox"/> Quincena	<input type="checkbox"/> Estacional
Manutención de Hijos \$	Seguro Social \$	Pensión \$	Talones de Cheque \$ (Marque la frecuencia de pago)	
Otro \$	Otro \$	Otro \$	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Mensual
			<input type="checkbox"/> Quincena	<input type="checkbox"/> Estacional

Negarse a proporcionar ingresos No es un honorario federal calificado Ingreso anual total: \$ _____

Total de gente que mantiene, incluyendo usted: _____ Honorarios de descuento Calculado: _____%

Al firmar a continuación, acepto que el personal de CHSI puede ponerse en contacto con empleadores y/o otras agencias para confirmar mis ingresos. Se me pedirá que resolicite el programa anualmente. Estoy de acuerdo en informar a CHSI si hay cambios en mis ingresos, tamaño de la familia, o cobertura de seguro. Entiendo que ciertos servicios y/o artículos no pueden ser descontados. Consiento en pagar mis honorarios nominales en el momento de cada visita siempre que sea posible. Por este medio certifico que la información que he proporcionado es correcta

Firma del Solicitante: _____ **Fecha:** _____



Parte 2 Solicitud de Pagos Ajustables

Información del Hogar: Apunte todas las personas que usted mantiene.

Nombre (Primer, Segundo/Inicial, Apellido)	FDN	Relación al garante	Seguro Médico	Número Social:
6.			Sí / No	
7.			Sí / No	
8.			Sí / No	
9.			Sí / No	
10.			Sí / No	
11.			Sí / No	
12.			Sí / No	
13.			Sí / No	
14.			Sí / No	
15.			Sí / No	
16.			Sí / No	
17.			Sí / No	
18.			Sí / No	
19.			Sí / No	
20.			Sí / No	

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____