

Formulario de elegibilidad para el programa de descuento por cuota variable

Apellido: _____ **Primer Nombre:** _____ **M.I.:** _____

Fecha de nacimiento: _____ **Número de teléfono:** _____

Estado de seguro: _____ **No hay seguro** _____ **Seguro Comercial/Medicaid/Medicare**

El paciente o garante debe proporcionar documentación para determinar la elegibilidad para la escala de honorarios móvil

Nombre	Relación de garante	Fecha de nacimiento	Frecuencia de ingresos (*seleccionar 1 solamente) (*Ingresos netos)	Importe	Documento recibido
	Yo mismo		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		
			<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bimensual <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		

1. Entiendo que la información que proporciono en este formulario está sujeta a verificación por parte de los médicos de la comunidad de Fair Hill
2. Entiendo y acepto cumplir con todos los términos y condiciones del programa de descuento de tarifas deslizantes.
3. Por la presente certifico que esta información es verdadera, exacta y completa a mi mejor conocimiento, y que entiendo que cualquier falsificación, omisión u ocultación de hechos materiales puede someterme a la descalificación del Programa de Descuento de Cuota Deslizante
4. Entiendo que es mi responsabilidad notificar a los médicos de la comunidad de Fair Hill sobre cualquier cambio en los ingresos o el seguro y que mi información de ingresos solo es válida por 1 año.
5. Entiendo que la documentación de ingresos debe ser proporcionada dentro de los 30 días de mi primera visita después del 1 de enero de 2024. Si no se proporciona la documentación adecuada, entiendo que me retirarán del programa y cobraré el costo total de la visita.

DOCUMENTACIÓN ACEPTABLE SOBRE LOS INGRESOS

Recibos de pago
 1040 formularios de impuestos
 Formularios W2
 Certificado de Seguridad Social carta de ingresos
 Estado de distribución de pensiones
 Carta de prestaciones por desempleo
 Carta de compensación del trabajador
 1099 formularios de impuestos
 Carta firmada del empleador (debe contener una persona de contacto, número de teléfono y dirección)
 ***Todos los demás documentos de prueba de ingresos no enumerados anteriormente serán revisados por un director de Fair Hill**
 ***Se renuncia a todos los documentos que acreditan ingresos para las personas sin hogar**

Me niego a inscribirme en el Programa de Cuota Deslizante actualmente.

Firma del Paciente/Tutor

Nombre Escrito

Fecha

Firma del Personal de Fair Hill

Nombre Escrito

Fecha