

Aplicación para Escala de Tarifas Ajustables

Es la póliza de Howard Brown Health Center (HBHC) de dar atención médica de alta calidad y servicios de Salud del Comportamiento a todas las personas que necesitan atención, independientemente de los ingresos y/o de la incapacidad de pago. Por favor, complete la siguiente información para que HBHC pueda determinar su elegibilidad para los servicios con descuento. Usted será objeto de una re-evaluación de la escala de tarifas cada seis meses y se le pedirá que proporcione pruebas de ingreso actualizada.

Nombre del Paciente: _____ Nombre preferido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Últimos cuatro dígitos del Seguro Social: _____

¿Tiene seguro de salud, Medicare y Medicaid, County Care o algún otra forma de seguro que usa para servicios médicos?

Sí No No Se

HOGAR

Un "hogar" incluye hijos y/o hijas, pareja de una unión civil o matrimonio, y dependientes. Por favor escriba el nombre de las personas en su hogar y la relación con usted. Por favor utilice la parte de atrás de esta forma para espacio adicional.

Los nombres de las personas que viven en su hogar (incluido usted mismo)	Relación con respecto a usted

Número total de personas en el hogar: _____

LOS INGRESOS FAMILIARES ANUALES

Fuente de Ingresos	Usted	Su Pareja	Otras Personas	Total
Salarios, sueldos, propinas, etc.				
Seguridad Social (SSI o SSDI)				
Beneficios de desempleo				
Ingresos por inversiones				
Otros				
LOS INGRESOS TOTALES				

POR FAVOR LEER Y FIRMAR

He revisado este formulario y certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que soy personalmente responsable de todos los gastos de los servicios en el centro de salud hasta el momento en que he suministrado la documentación necesaria para apoyar mi solicitud. Entiendo que se me cobrará la **tarifa completa de mi visita**, si no traigo la documentación de los ingresos entre mi **tercera visita o en el plazo de los 60 días de mi primera visita**, lo que ocurra primero. Yo entiendo que soy obligado a notificar Howard Brown Health Center si mi nivel de ingresos cambian o si me he asegurado. Si hay cambios, voy a ser re-evaluados para la escala de tarifas ajustables.

Nombre: _____

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____

Firma de Guardian (si se aplica) : _____

SÓLO PARA USO INTERNO

- \$0: RW L1 0-100% \$5: No-RW 0-100%
- \$10: 101-125%** \$15: 126-150%
- \$20: RW 151-175%** \$25: 176-200%
- Tarifa Completa (no elegibles) más de 200%

Revisado por	
Fecha efectiva	
Fecha de finalización	