ROCKING HORSE COMMUNITY HEALTH CENTER

rockinghorsecenter.org | 937-324-1111 | info@rockinghorsecenter.org

Aplicación de Descuento por Ingresos

La aplicación de escala de ingresos es una manera de obtener descuento en los cargos por servicios recibidos para los pacientes que cualifican. Esta solicitud, junto con la verificación de ingresos, estará vigente por 12 meses a partir de la fecha firmada. Debe volver a aplicar cada 12 meses. Circunstancias que pueden favorecer su elegibilidad incluyen divorcio, fallecimiento del cónyuge, pérdida de empleo u otros ingresos, ausencia temporal en el trabajo, etc. Verificación adicional puede ser requerida.
Para considerar su elegibilidad, por favor proporcione la información solicitada a continuación.

Liste los nombres de todas las personas que viven en su hogar, empezando por usted mismo. La elegibilidad se basará en aquellos en los que usted haya sido financieramente responsable durante los últimos 12 meses. Usted puede incluir personas de 18 años solamente si son estudiantes de tiempo completo y son declaradas en sus impuestos como dependiente.

Nombre Completo	SSN (opcional)	Fecha de nacimiento	Relación	Empleador	Ingreso

Ingresos incluye todos los ingresos en el hogar mencionados a continuación. Por favor, marque las casillas apropiadas a todo tipo de ingresos y adjunte una copia de cada uno para su verificación

- ☐ Declaración Federal de impuestos
- ☐ W2 del empleador
- ☐ Manutención de hijo/Pensión alimenticia
- ☐ Ingreso por intereses o renta
- ☐ Ingreso por auto-empleo
- ☐ Talones de Pago _____Semanal_____Quincenal
- ☐ Pensión/Beneficios de Retiro
- ☐ Seguro Social/Discapacidad/Asistencia Pública
- ☐ Compensación por desempleo/Beneficios de huelga
- ☐ No trabaja ni tiene ningún ingreso

Tienen algún tipo de seguro que cubra todo o parte de los gastos médicos? Sí, (liste a continuación) ☐ No ☐

Nombre del Seguro	Número de Póliza	Fecha de Vigencia

ACCEPTO: Entiendo que puedo ser elegible a un descuento al recibir atención médica, en base a la documentación que he proporcionado. También entiendo que si soy elegible para un descuento, se espera que pague la cantidad correspondiente en cada visita
He completado esta solicitud de descuento en atención médica, confirmo que toda la información es correcta a mi saber y entendimiento.

Firma del Aplicante Número de teléfono Fecha

RECHAZO: En este momento, elijo rechazar la aplicación del programa de descuento. Entiendo que todos los gastos incurridos por los servicios en RHCH son mi responsabilidad a pagar y no son elegibles para el programa de descuento. También entiendo que en cualquier momento puedo aplicar para la consideración de elegibilidad de descuento en cargos futuros

Firma del Aplicante Fecha

Para uso de RHCHC Solamente:

Ingreso Bruto Anual _____
Miembros del Hogar _____

Eligible para Aplicación de Descuento? Sí No
Nivel_____ $_____

La solicitud, completada con la verificación de ingresos y firma, expira un año después de la fecha de la aplicación. _____
La solicitud incompleta expira tres meses después de la fecha de la solicitud y se le otorga la presunta elegibilidad de un día.

Representante de Cuenta del Paciente _____ Fecha _____