ROCKING HORSE COMMUNITY HEALTH CENTER

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

Spanish Application

Aplicación de Descuento por Ingresos

La aplicación de escala de ingresos es una manera de obtener descuentos 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 con 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.

Dirección del paciente: _____ Número de teléfono#: _____

Nombre Completo	SSN (opcional)	Fecha de nacimiento	Relación	Empleador	Ingreso	Paciente actual de RHCHC
			usted miso			☐
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐
						☐

Los ingresos incluyen las cuatro semanas más recientes de los siguientes documentos para todo el hogar mencionado anteriormente. Marque la(s) casilla(s) apropiada(s) de tipos de ingresos y adjunte una copia del artículo que se va a verificar

☐ Nómina: Cada cuánto le pagan? ☐ Semanal ☐ Cada otra semana ☐ Una vez al mes

- ☐ W2 del empleador
- ☐ Manutención de hijo/Pensión alimenticia
- ☐ Ingreso por intereses o renta
- ☐ Ingreso por auto-empleo
- ☐ 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.

FirmadelAplicante 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

Rechazar aplicacón de descuento por ingresos: Fecha

Para uso de RHCHC Solamente:

Annual Gross Income _____
Household Members _____

Eligible for Sliding Fee Discount? Yes ☐ No ☐

Level_____ Nominal Fee$_____

SF Eff Date_____ SF Exp Date_____

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..

Income Calculation:

Pay Frequency	#1	+	#2	+	#3	=	Total X Multiplier	Total	X12 = Gross Annual
Gross Weekly Avg:	_____	+	_____	+	_____	=	_____ X 4.3	= _____	X12 = _____
Gross Bi-Weekly Avg:	_____	+	_____	+	_____	=	_____ X 2.15	= _____	X12 = _____
Gross Monthly Avg:	_____	+	_____	+	_____	=	_____ X 0	= _____	X12 = _____

Total Household Gross Annual Income = _____

Patient Accounts Representative _____ Date _____

Patient Centered Medical Homes
Main Office: 651 S. Limestone St., Springfield
Keifer Center: 601 Selma Rd., Springfield
Mulberry Terrace: 120 W. Mulberry St., Springfield
Madison County: 212 N. Main St., London

COMMUNITY HEALTH CENTER FQHC QUALITY

Nuestra Misión
El Centro de Salud Comunitario de Rocking Horse crea un ambiente de cuidado donde los servicios de calidad permiten a los adultos y niños mejorar su salud física y emocional.