

Solicitud de escala de tarifas variables

Información del jefe del hogar/parte responsable

Apellido	Nombre:	Fecha de nacimiento:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Lugar de empleo:	Teléfono:	¿Es trabajador independiente?	
		Sí ()	No ()

Indique el nombre de su cónyuge y familiares a cargo menores de 18 años (incluido usted mismo)

Nombre	Fecha de nacimiento	¿Cuenta con un ingreso? (Marque con un círculo)	
Usted		sí	no
Cónyuge		sí	no
Familiar a cargo		sí	no
Familiar a cargo		sí	no
Familiar a cargo		sí	no
Familiar a cargo		sí	no
Familiar a cargo		sí	no
Familiar a cargo		sí	no
Familiar a cargo		sí	no
Familiar a cargo		sí	no

Ingreso familiar

Se debe adjuntar a esta solicitud documentación de sus ingresos y del ingreso familiar de conformidad con nuestra política de escala de tarifas variables. Consulte con un miembro de nuestro personal si tiene preguntas sobre qué documentación es la que necesita. Nuestro personal calculará el ingreso familiar anual a partir de la documentación que usted proporcione y le indicará para qué escalafón usted califica, si corresponde. Si tiene alguna pregunta sobre el ingreso familiar anual, por favor consulte con un miembro de nuestro personal. Al firmar esta solicitud, usted certifica que ha proporcionado **toda** la información de ingresos relevante para esta solicitud y su ingreso familiar anual y que da fe de su autenticidad.

Lista de verificación (adjunte copias): para uso exclusivo del personal de la oficina

Sí No

Identificación/Dirección: licencia de conducir, certificado de nacimiento, identificación del empleo, identificación válida en el estado de Florida u otra identificación con fotografía.		
Ingreso: declaración de impuestos del año anterior, comprobantes de pago más recientes mensuales o quincenales, carta de apoyo, carta de certificación.		
¿El paciente presenta la solicitud debido a servicios no cubiertos por el seguro médico o servicios fuera de la red?		

Certifico que he recibido y verificado toda la información y los documentos proporcionados requeridos para completar esta solicitud.

Ingreso anual: \$			
Procesado por (inicio de sesión en Athena/Denticon):	Escala de pago aprobada:	Entrada en vigencia:	Vencimiento:
Verificado por:	Iniciales:	Fecha:	

Certificación/firma

Por la presente solicito/solicitamos asistencia financiera para los servicios prestados por Collier Health Services, Inc., con nombre comercial Healthcare Network ("HCN"), y certifico que la información proporcionada por mí/nosotros y contenida en este documento es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Por la presente, yo/nosotros doy/damos mi/nuestro consentimiento a HCN para verificar todas las declaraciones efectuadas en esta solicitud y la documentación aquí contenida. Yo/nosotros entiendo/entendemos que realizar intencionalmente una declaración falsa en este formulario es un crimen penable por la ley del estado de Florida. Yo/nosotros acepto/aceptamos y comprendo/comprendemos el requisito de determinar la elegibilidad nuevamente antes de la fecha de vencimiento y/o si la información proporcionada cambia. Yo/nosotros estoy/estamos de acuerdo con las responsabilidades de pago y acepto/aceptamos que las tarifas mínimas varían según el tipo de servicios que recibo/recibimos por parte de HCN.

Nombre (en letra imprenta)

Firma

Fecha