



**APLICACIÓN DEL PROGRAMA DE ESCALA DE HONORARIOS DESLIZANTE
ASISTENCIA FINANCIERA**

Información del paciente			Fecha de Hoy: / /	
Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Otros Nombres:	
Dirección de casa:		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección postal (si es diferente a la anterior)		Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono de casa #: () -		Teléfono móvil#: ()		
Fecha de Nacimiento: / /		Número de Seguro Social/ITIN:	¿Tiene seguro medico? (circule uno) si no En caso afirmativo, proporcione la tarjeta de seguro a la recepcionista	
Estado Civil:	Soltero/a En una relación Casado/a Divorciado/a Separado Viudo/a			

Personas en el Hogar			
Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social #	Relación
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		

NOTA: Para cumplir con los reglamentos federales y poder ofrecer un descuento en nuestros servicios médicos es necesario para nosotros hacer algunas preguntas personales. Sus respuestas serán archivadas y en estricta confidencialidad. Este formulario debe completarse anualmente para renovar su elegibilidad. Por favor traiga anualmente su declaración de impuestos, copia de su formulario W-2, talones de cheque del mes pasado, copias de sus cheques de seguro social u otros cheques que pueda recibir como prueba de ingreso familiar. Solo el tamaño de la familia e ingreso anual serán utilizados para determinar su elegibilidad y calcular su descuento.

Ingresos del hogar					
Nombre	Cantidad	Frecuencia (círculo uno)		Empleador:	
Usted	\$	Semanal Mensual Anual			
Cónyuge	\$	Semanal Mensual Anual			
Hijos	\$	Semanal Mensual Anual			
Otro	\$	Semanal Mensual Anual			
Total	\$	Semanal Mensual Anual			
Otros ingresos		Cónyuge	Hijos	Otro	Subtotal
Seguridad Social					
Asistencia pública					
Pensión de retiro					
Estampillas de comida					
Manutención de los hijos					

Otros ingresos					
Total					

Yo certifico que la información en esta aplicación es verdadera y exacta. Comprendo que es mi responsabilidad llenar esta aplicación y proporcionar las pruebas necesarias de ingresos, de identificación, y de residencia, para poder solicitar servicios descontados. Comprendo que como un **Paciente Nuevo**, yo debo proporcionar toda la documentación necesaria antes de, o en el momento de mi consulta médica, o tendré que pagar el precio completo por los servicios recibidos. Además, comprendo que como un paciente establecido aplicando de nuevo para recibir servicios descontados, yo tendré no más de 30 días a partir de la fecha de mis servicios para proporcionar las pruebas de ingresos, identificación, y documentación de residencia, o seré responsable de pagar el precio completo por los servicios recibidos.

Yo me comprometo a informar al Centro de Salud Familiar del Sur de Oklahoma si mi situación financiera cambia drásticamente. Yo también comprendo que al falsificar información o documentación en la aplicación tendrán como resultado que mi aplicación sea negada y que todos los descuentos que se me hayan dado bajo esta información falsa serán revocados y seré responsable de pagar el precio completo de todos los cargos. Comprendo que si tengo seguro medico todos los pagos aplicables del seguro deben ser aplicados a la cuenta antes de que se aplique cualquier descuento. **Comprendo que esta aplicación, y cualquier descuento para el que puedo calificar, aplicará solamente al paciente listó en esta aplicación. Cualquier otro paciente adicional debería aplicar por separado.**

Yo me comprometo a: ayudar a FHCSO verificar cualquier información que este en esta aplicación, y permitió que obtengan la información necesaria de mis empleadores, agencias de gobierno, o proveedores médicos, y de otras fuentes que sean necesarias.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en la clínica pero no a los servicios o equipos que se compran desde el exterior, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos, interpretación de rayos X realizada por un radiólogo asesor y otros servicios similares.

Nombre: _____

Firma: _____

Fecha:_____

Office Use Only	
Patient Name	
Approved Discount	
Approved By	
Effective Date	
Patient Number	
Identification/Address/Proof of Residency: Driver's License, utility bill, employment ID, or other	☐ Yes ☐ No
Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other	☐ Yes ☐ No
Insurance: Insurance Cards	☐ Yes ☐ No