

## Determinación de Cumplimiento de los Requisitos para los Descuentos de Escala Móvil

Es la política de Long Island FQHC, Inc. (LIFQHC) la de ofrecerles servicios esenciales a todos los pacientes sin importar su capacidad para pagar. Los descuentos están establecidos por el Consejo de Directores para las consumidores de LIFQHC y se les ofrece con base en la información que las mismos consumidores proporcionan en cuanto al tamaño e ingreso familiar. Si usted cumple con los requisitos para los descuentos de la escala móvil de cuotas, ésta va a ser aplicada a todos las servicios que reciba en LIFQHC, pero no en aquellos servicios proporcionados fuera del Centro de Salud.

**Por favor complete la siguiente información, aún si usted cuenta con seguro.**

### *Ingreso Familiar Antes de Impuestos*

MIEMBRO DE LA FAMILIA	NÚMERO	INGRESO MENSUAL	INGRESO ANUAL
Usted mismo Nombre			
Cónyuge			
Menores dependientes			
Otros dependientes			
<b>Total</b>			

Me niego a proporcionar la información sobre mi ingreso y el tamaño de mi familia y estoy de acuerdo en pagar la cuota completa de LIFQHC.

**SE REQUIERE UNA PRUEBA DE INGRESO ACEPTABLE PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS CON BASE EN UNA ESCALA MÓVIL. SI SU SITUACIÓN FINANCIERA CAMBIA, POR FAVOR MANTEGA A LIFQHC INFORMADO.**

Yo certifico que toda la información arriba mostrada es verdadera, precisa y correcta. Entiendo que si LIFQHC determina que yo he tergiversado o falsificado información, no podré seguir recibiendo los descuentos y me pueden pedir que pague los descuentos que me han dado ofrecido.

Estoy de acuerdo en proporcionar la documentación de mi ingreso en mi próxima consulta.

Nombre (Imprimir) \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

#### El personal completará lo siguiente

- |   |               |                            |
|---|---------------|----------------------------|
| 1. Elegible para los requisitos para las descuentos de la escala móvil:                                       | Sí ___ No ___ | El pacientes se rehusó ___ |
| 2. En caso de haber respondido Sí, se proporcionó una prueba de ingreso                                       | Sí ___ No ___ | El pacientes se rehusó ___ |
| 3. Sí cuenta con seguro, se proporcionó la tarjeta del seguro médico:   | Sí ___ No ___ | No aplica ___              |
| 4. El paciente no reporta ingresos:   | Sí ___        |                            |
| 5. El paciente no puede obtener una prueba del empleador: (Esto incluye paga en efectivo o ingreso de nómina) | Sí ___        |                            |

**Family Planning Sliding Scale Code (SS1- SS5 or N/A)** \_\_\_\_\_