

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			
Total			

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) _____