Solicitud de Descuento de Tarifa Variable

PRAIRIESTAR Health Center
non-profit • FQHC

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO (Primero, Inicial del Segundo, Apellído)	FECHA DE NACIMIENTO

MARQUE AQUÍ ÚNICAMENTE SI USTED NO QUIERE APLICAR POR EL DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

☐ Me han dado la oportunidad de aplicar por el descuento de tarifa variable de PrairieStar Health Center, Inc. (PSHC). YO NO Deseo aplicar en este momento por el programa de descuento de tarifa variable de PSHC.

FIRMA DEL PACIENTE O FIADOR	FECHA

INFORMACIÓN GENERAL

Las preguntas en este formulario serán solamente para reunir información sobre usted y su familia, y así poder satisfacer major sus necesidades médicas, dentales, emocionales y/o de vision (si usted cuenta con seguro médico usted podría calificar para un descuento en su deducible y si usted no está asegurado usted podría calificar para descuentos en las tarifas por los servicios adquiridos). **Esta información no será utilizada para retener o negarle servicios a usted.**

☐ Si ☐ No Usted cuenta con cobertura de Medicaid, Medicare, y/o algún otro tipo de seguro médico?

☐ Si ☐ No Está usted desempleado?

☐ Si ☐ No Está usted desabilitado?

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Por favor incluya a cualquier persona que viva en el hogar hoy.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación Con El Solicitante	Seguro Medico	Tipo de seguro
		Solicitante/él mismo	☐ Si ☐ No	☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Otro: _____
			☐ Si ☐ No	☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Otro: _____
			☐ Si ☐ No	☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Otro: _____
			☐ Si ☐ No	☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Otro: _____
			☐ Si ☐ No	☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Otro: _____
			☐ Si ☐ No	☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Otro: _____
			☐ Si ☐ No	☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Otro: _____
			☐ Si ☐ No	☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Otro: _____
			☐ Si ☐ No	☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Otro: _____
			☐ Si ☐ No	☐ Medicaid ☐ Medicare ☐ Otro: _____

Solicitud de Descuento de Tarifa Variable

PRAIRIE STAR Health Center
non-profit • FQHC

INCOME VERIFICATION

Por favor proporcione sus ingresos brutos (la cantidad de dólares recibidos antes de que los impuestos hayan sido retirados) en la tabla inferior. Los ingresos del hogar incluyen todos los ingresos generados por todos los miembros del hogar. La comprobación de sus ingresos es un requisito antes de que el descuento entre en efecto. La solicitud debe recibirse dentro de los 14 días posteriores a la fecha del servicio para ser considerado.

Type of Income (Before Taxes or Deductions)	NOMBRE DE LA PERSONA RECIBIENDO EL INGRESO #1	NOMBRE DE LA PERSONA RECIBIENDO EL INGRESO #2	NOMBRE DE LA PERSONA RECIBIENDO EL INGRESO #3	CON QUE FRECUENCIA RECIBE ESTOS INGRESOS?
Salario Laboral	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:
Salario en Efectivo	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:
Desabilidad	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:
Seguro Social	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:
Desempleo	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:
Compensacion del Trabajador	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:
Manutencion de Hijos	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:
Pension Alimenticia	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:
Propinas	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:
Empleo Propio	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:
Pension	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:
Beneficios de Veteranos	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:
Otros Ingresos	$	$	$	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐ Otro:

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Entiendo:

- esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para el Programa de descuento de tarifa móvil de PSHC y se debe recibir un comprobante de ingresos dentro de los 14 días posteriores a la fecha de servicio para ser considerado para esa fecha de servicio.
- Los funcionarios de PSHC pueden verificar la información proporcionada en este formulario.
- si proporciono información falsa, seré descalificado del programa y todos los cargos se pagarán en su totalidad inmediatamente.
- cualquier pago de seguro recibido por mí o en mi nombre debe aplicarse a mi cuenta antes de recibir cualquier descuento.

Al firmar este formulario, certifico bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Kansas que la información anterior es verdad y correcto, y asumo la responsabilidad de comunicarme con PSHC, en caso de que ocurra algún cambio en mi estado financiero o de seguro.

FIRMA DEL PACIENTE	**FECHA**

PARA USO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA ÚNICAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY to be calculated once proof of income is received)			
TOTAL NUMBER IN HOUSEHOLD:		SLIDING FEE SCALE:	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
GROSS INCOME AMOUNT **#1**:	$	DATE OF COMPLETED APPLICATION:	
GROSS INCOME AMOUNT **#2**:	$	BACKDATE DISCOUNT TO:	
GROSS INCOME AMOUNT **#3**:	$	INITIALS OF PSHC REPRESENTATIVE:	
TOTAL GROSS INCOME AMOUNT:	$	ADMINISTRATIVE APPROVAL IF BACKDATE IS MORE THAN 14 DAYS:	
TOTAL ANNUAL HOUSEHOLD INCOME	$		