

Western Sierra Medical Clinic, Inc.

Aplicación para la Tarifa de Descuento

Es la política de Western Sierra Medical Clinic, Inc., proporcionar servicios esenciales de calidad, independientemente de la capacidad del paciente para pagar. Los descuentos se ofrecen basados en el ingreso familiar y del tamaño. Tamaño de la familia esta determinado por todos los que residen en la dirección que aparece a continuación. Si la declaración de impuestos se utiliza solo los dependientes anotados en la planilla se utilizaran para verificar su cargo. El ingreso debe ser declarado de cada individuo con el domicilio en la dirección que aparece a continuación. El ingreso se determina por los ingresos brutos, si una declaración de impuestos se suministra para la verificación de los ingresos brutos de la página uno se utilizara. Por favor, complete la siguiente información y volver a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicara a los servicios recibidos, ya sea en la clínica de Downieville, la clínica móvil o en la ubicación de Grass Valley, pero no a los servicios que se adquieran del exterior, incluidas las pruebas de referencia de laboratorio, medicamentos, rayos X interpretados por in radiólogo consultado y otros servicios similares. Con la esperanza de que su situación financiera mejore, los descuentos solo se aplican a los servicios actuales, no los futuros. Tampoco esta aprobación se aplicara con carácter retroactivo a los servicios anteriores.

Aplicación para Plan de Asistencia

| | |
|-------------------------------|--|
| Nombre de Cabeza de Familia | Lugar de Empleo |
| Ciudad, Estado, Código Postal | Numero de teléfono/ Celular/ Mensaje |
| Plan de Seguridad | Numero de Seguro Social/ Fecha de Nacimiento |

Por Favor de listar su cónyuge y dependientes menores de 18 años

| Nombre | FDN | Nombre | FDN |
|-------------|-----|----------|-----|
| Auto(Mismo) | | Dependes | |
| Cónyuge | | Dependes | |
| Dependes | | Dependes | |
| Dependes | | Dependes | |

Ingreso Anual

| Fuente | Auto | Cónyuge | Pareja | Otro | Total |
|---|------|---------|--------|------|-------|
| Salarios Brutos, Salarios, Propinas, Etc. | | | | | |
| Seguro Social, pensiones, rentas vitalizadas, y beneficios de veteranos | | | | | |
| Pensión alimenticia, manutención de hijos, asignaciones militares para las familias | | | | | |
| Ingresos procedentes de negocio propio, y de los dependientes | | | | | |
| Alquiler, intereses, dividendos, y otros ingresos | | | | | |
| Ingreso Total | | | | | |

| Lista de Verificación (ajunte copias) | Si | No |
|---|----|----|
| Identificación/ Dirección: licencia de conducir, certificado de nacimiento, identificación de empleo, tarjeta de seguro social u otro | | |
| Ingresos: declaración de impuestos del año, tres últimos talones de pagos u otro | | |

| | | |
|--|--|--|
| Seguro: Tarjetas de Seguro(s) | | |
| Medicad: comprobante de aplicación o rechazó | | |

Periodo de Gracia de 15 días de Calendario, expira en: _____

Se me ha informado que tengo que presentar prueba de ingreso a la clínica dentro de los quince (15) días a partir de la fecha de la firma de la solicitud, para recibir un descuento de mi visita en _____ y que si no lo hago antes de la fecha de vencimiento anterior, voy a tener que pagar el 100% de la cuota. Entiendo que el descuento no se aplica a los medicamento, vacunas, servicios que se soliciten fuera, incluyendo las pruebas de laboratorio de drogas, y la interpretación de radiografías por un radiólogo de consulta, y otros servicios tales, o servicios prestados en la clínica por especialistas independientes o proveedores de servicios. Servicios dentales cubiertos están limitados y el descuento se aplica a todos los servicios en el consultorio que consistan en limpieza, Examen/radiografías, tratamientos de fluoruro, y la instrucción de higiene oral. **Entiendo que un cardo mínimo de \$25.00 para los servicios médicos y en el móvil y de \$35.00 para dental y \$50 para los servicios de psiquiatría, se espera en el momento del servicio.** El descuento de la tarifa es un recurso de última instancia. Los solicitantes que puedan calificar para otros recursos, tales como Medi-Cal, CMSP, y beneficios para veteranos, deben solicitar estos programas, de conformidad con la política de la tarifa de descuento de Sierra Medical Clinic. Además, para seguir siendo elegible usted debe mantener su cuenta y la de los miembros de su familia inmediata en buen estado. In balance de 90 días pendiente lo descalifica para el descuento de tarida de Western Sierra Medical Clinic, a menos que los arreglos de pago sea implementado con el personal de la oficina de facturación. **Los servicios no se le negaran basado en la capacidad de pago.**

Certifico que la información arriba indicada es correcta y entiendo verificación es necesaria para su aprobación. Si se descubre que he proporcionado información falsa a sabiendas, entiendo que no seré elegible para el deslizamiento descuentos de tasas para un año desde la fecha de esta solicitud

Certifico que la información de arriba indicada es correcta y entiendo que la verificación es necesaria para aprobación. Si se descubre que he proporcionado información falsa a sabiendas, entiendo que no seré elegible para el descuento de tarifas por un año desde la fecha de esta solicitud.

Nombre (Emprima)

Firma (Fecha)

| | |
|--|------------------------|
| Uso de Oficina Solamente | |
| Annual Income: _____ | Household Size: _____ |
| Family/Individual(circle one) Entered into Centricity: _____ (initial) | |
| Level approved: A B C D E F _____ | Effective Date: _____ |
| Approved by: _____ | Expiration Date: _____ |

Servicios Cubiertos y Excluidos

| | |
|------------------------|---|
| Medico: | El descuento se aplica a todos los servicios en el consultoría y servicios fuera del emplazamiento suministrados por los proveedores de cuidado de la salud de WSMC con excepción de las vacunas. |
| Farmacia: | Muestras se proporcionan, cuando están disponibles, sin cargo. |
| Laboratorio y Rayos X: | El descuento se aplica a servicios de rayos X. Referencias de laboratorio e consultas de interpretación de radiología están excluidas. |
| Servicios Dentales: | El descuento se aplica a todos los servicios en el consultorio que consisten en limpieza, Examen/Rayos X, tratamiento de fluoruro, y la instrucción de higiene oral. |
| Psiquiatría: | El descuento se aplica a todos los servicios de psiquiatría en la oficina y en telemedicina. |