FIRST FLIGHT HEALTH CENTERS

TÍTULO X

SOLICITUD PARA EL DESCUENTO DE LA ESCALA DE TARIFA VARIABLE

Nombre del paciente_____ Fecha de nacimiento_____

Nombre del solicitante (si no es el paciente) _____ Relación con el paciente_____

Calle_____ Ciudad_____ Estado_____

Código postal_____ Teléfono_____ Teléfono alternativo o celular_____

Proporcione la siguiente información para **todas las personas de su familia inmediata que viven en su hogar.** Para fines de asistencia, se define a la **familia inmediata** como el paciente, el cónyuge del paciente, y todos los hijos del paciente menores de 18 años (naturales o adoptados) que viven en el hogar del paciente, o por los cuales usted es **legalmente responsable.**

Nombre	Relación con el paciente	INGRESO anual, mensual o semanal	Monto bruto

Cantidad total de personas en la familia_____ Cantidad total de niños por los cuales se paga manutención infantil, pero que no viven en el hogar_____

Documentación en caso de no recibir ingresos: Si usted declara $0 ingresos, explique a continuación cómo sobrevive sin ingresos.

_____

_____

Mediante mi firma *a continuación* **doy fe de que tengo ingresos anuales de $0**

Firma del paciente_____ Testigo de FFHC_____

Formas aceptables de prueba de ingresos (más recientes)*:** dos cheques/recibos de sueldo, declaración de impuestos reciente o W-2, carta de asistencia pública o seguridad social, manutención infantil, pensión alimenticia, desempleo, estados de cuenta bancarios, carta de certificación de asistencia médica o del Departamento de Servicios Sociales. (**Incluya TODOS los ingresos*I)

Entiendo que debo actualizar esta información si mi situación cambia y que se debe completar una nueva solicitud de descuento al menos cada doce (12) meses. He recibido información en la que se explica el programa y entiendo y acepto cumplir los términos. Entiendo que, si soy un paciente de pago por cuenta propia, **soy responsable de pagar al menos $30 por cada visita médica a menos que califique para el nivel de descuento del 100 %.** Si existe un saldo impago en mi cuenta después de aplicar mi porcentaje de descuento, acepto hacer acuerdos de pago y respetar los términos. Entiendo que, si no puedo realizar un pago en cualquier mes determinado, debo comunicarme con la oficina de facturación antes de la fecha de vencimiento para conversar sobre mi necesidad de modificar el acuerdo de pago.

Certificación: certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos indicados anteriormente son correctos**.**
Entiendo que se requiere documentación que respalde mi situación financiera antes de que se pueda aprobar mi descuento y que debo proporcionar información dentro de los 30 días o antes de mi próxima visita si es anterior.

Nombre del paciente (en letra de imprenta) Firma del paciente o garante Fecha de la firma

NO firme esta página si desea ser considerado para un descuento. La firma a continuación **anulará** el reverso de este formulario.

EXENCIÓN:

Elijo no completar la solicitud de tarifa variable en este momento. Estoy renunciando a mi derecho a cualquier descuento al cual podría tener derecho en otras circunstancias. Entiendo que seré responsable por el pago completo de todos los cargos en el momento del servicio.

Nombre del paciente (en letra de imprenta)	Firma del paciente o garante	Fecha de la firma