

East Central Oklahoma Family Health Center, Inc.
Solicitud de descuento

Nombre _____
Name

Fecha: _____
Date

Fecha de nacimiento: _____
DOB

Número de miembros Del hogar: _____
of Household Members

Por favor, marque la categoría de su ingreso familiar anual:

Hasta \$12,880 Hasta \$19,320 Hasta \$25,760 \$25,761 y por encima

Si se niega a solicitar la escala móvil, marque la casilla y pase a la página Firma.

INGRESO FAMILIAR PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (SE DEBE COPIAR Y ADJUNTAR PRUEBA DE INGRESOS)

Tipo de Ingresos: _____
[Income Type](#)

Con que' frecuencia le pagan? (*marque uno*) [] Semanal [] Quincenal [] Dos veces al mes
[How often are you paid?](#) [Check one](#) [Weekly](#) [Bi-Weekly](#) [Twice/ Monthly](#)
[] Mensual
[Monthly](#)

Tipo de Ingresos: _____
[Income Type](#)

Con que' frecuencia le pagan? (*marque uno*) [] Semanal [] Quincenal [] Dos veces al mes
[How often are you paid?](#) [Check one](#) [Weekly](#) [Bi-Weekly](#) [Twice/Monthly](#)
[] Mensual
[Monthly](#)

LOS MIEMBROS DEL HOGAR:

[Household Members](#)

Información Adicional Importante:

- El personal de recepción/representante del paciente le explicará al solicitante el monto de la reducción de la tarifa después de que califique para recibir el descuento de escala móvil.
- La solicitud y la verificación de ingresos deben actualizarse al menos una vez al año.
- Si alguna información en la solicitud cambia, actualízela con el personal de recepción/representante del paciente. Esto incluye ingresos, personas que viven en el hogar, dirección, número de teléfono, etc. esto puede cambiar su descuento de escala móvil de tarifas.
- La verificación de ingresos debe presentarse con la solicitud
- Entiendo que soy responsable de cualquier cargo por encima del descuento asignado, incluida la tarifa nominal y cualquier procedimiento, radiografía, prueba de laboratorio o suministros que no califiquen para el descuento de tarifa variable.

Puede enviar la solicitud completa con todos los comprobantes de ingresos requeridos a cualquiera de nuestras instalaciones (o enviarlos por correo a: ECOFHC, PO Box 236, Wetumka, OK 74883).

Entiendo que no califico para un descuento de tarifa variable si mi ingreso está por encima del 200 % del nivel federal de pobreza (FPL).

Si a la solicitud le falta alguna de la información de ingresos anterior o no está firmada, será denegada. Las solicitudes incompletas se considerarán nulas si no se recibe toda la información dentro de los 30 días.

Certifico que todas las declaraciones contenidas en este documento son verdaderas y correctas y están sujetas a investigación. También autorizo la divulgación de registros de empleo y otra información financiera a un agente de ECOFHC para fines de determinación de tarifas variables. Si se envía

información falsa, entiendo que se revocará mi descuento de tarifa móvil y seré responsable de los cargos completos adeudados.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____
SIGNATURE: _____ DATE: _____

Internal Use Only

Descuento médico (marque uno): 100% 75% 50% 25%
 Denegado: pagar los cargos completos

Cargos de descuento dental (marque uno): 100% 75% 50% 25%
 Denegado: pagar los cargos completos

VÁLIDO HASTA: _____

FIRMA DEL PERSONAL COMPLETANDO LA SOLICITUD: _____

FECHA DE REVISIÓN: _____