



Solicitud de Descuento de Tarifa Variable

Es política de CMWC proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a los servicios o equipos que se compran en el exterior, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos y la interpretación de rayos-x por un radiólogo consultor y otros servicios similares. Este formulario debe completarse cada 12 meses o si cambia su situación financiera y debe informarnos dentro de los 30 días de los cambios en los ingresos.

Estado Civil de Cabeza de Familia		Lugar de Trabajo		
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono
Número de Registro Médico:		Fecha de Servicio:		

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
Uno Mismo:		Dependiente:	
Cónyuge:		Dependiente:	
Dependiente:		Dependiente:	

Medi-Cal/Seguro Médico	SI / NO	Si marcó sí, indique qué tipo / plan es
¿Tiene Medi-Cal o un plan de salud de atención administrada?		
¿Tiene Medicare?		
¿Otro?		

Ingresos Anuales del Hogar

Origen	Uno Mismo	Cónyuge	Otro	Total
Salarios, propinas, etc. Declaración de impuestos, talón de cheque de pago				\$
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes. Declaración de impuestos, talón de cheque de pago				\$
Beneficios de desempleo, Compensación de Trabajadores, Ingresos del Seguro Social, Asistencia Pública, Pagos de Veteranos, Beneficios de Sobrevivientes, Pensión o Ingresos de Jubilación.				\$
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, manutención de los hijos, asistencia de fuera del hogar y otros ingresos varios.				\$
Autodeclarado				\$
Ingresos Totales	\$	\$	\$	\$

NOTA: Es posible que se requieran copias de declaraciones de impuestos, talones de pago o otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento.

Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos que se muestra arriba es correcta.

Nombre
Firma
Fecha

Marque la casilla y informe al paciente del porcentaje de tarifa móvil / descuento para el que califica:

- 0% de cargo
100% Descuento
(Slide A)
 20% de cargo
80% Descuento
(Slide B)
 40% de cargo
60% Descuento
(Slide C)
 60% de cargo
40% Descuento
(Slide D)
 80% de cargo
20% Descuento
(Slide E)
 100% de cargo
0% Descuento
(No elegible)
Pago completo

Revisado por Supervisor (Nombre):

Fecha: