



Sliding Fee Application

“Este formulario debe estar atestiguado y firmado por un miembro del personal de Acute Care Pediatrics”

Tenga en cuenta que esta es solo una aplicación y que su elegibilidad se determinará según la política de descuentos de Acute Care Pediatrics. Esta se basa en el tamaño del hogar y los ingresos anuales. Complete todos los campos y presente el comprobante de ingresos cuando sea necesario. *****SOLO UNA APLICACIÓN POR HOGAR*****

Información del paciente					
Fecha:	Oficina principal: <input type="checkbox"/> Palatka <input type="checkbox"/> Palm Coast				
Nombre:	Segundo Nombre:		Apellido:		
Fecha de Nacimiento:	¿El paciente tiene algún seguro médico? SI () NO ()				
Información del Padre/Tutor que completa esta aplicación.					
Nombre:	Segundo Nombre:		Apellido:		
Fecha de Nacimiento:					
Dirección:					
Ciudad:	Estado:		Código Postal:		
Dirección de Facturación:					
Ciudad:	Estado:		Código Postal:		
Teléfono de casa:	Celular:		Teléfono del trabajo:		
Estado Civil:	<input type="checkbox"/> Soltero ()	<input type="checkbox"/> Casado ()	<input type="checkbox"/> Separado ()	<input type="checkbox"/> Divorciado ()	<input type="checkbox"/> Viudo ()
¿Cuántos miembros hay en el núcleo familiar incluyendo al paciente?					Número Total:

*****POR FAVOR, COMPLETE LA INFORMACIÓN DE LOS HERMANOS EN LA SIGUIENTE PÁGINA*****

Ingresos mensuales totales del hogar	
NOTA: Incluye salario, seguro social, pensión de jubilación, manutención de los hijos y cualquier otra fuente de ingreso.	
Tutor/Padre 1: \$ _____ / mensual	Tutor/Padre 2: \$ _____ / mensual
Ingresos totales generales del Hogar: \$ _____ / mensual	
Al firmar a continuación, reconozco lo siguiente:	
<p>Para cumplir con las regulaciones federales y obtener un descuento en mis servicios médicos, Acute Care Pediatrics necesita hacerme preguntas personales. Mis respuestas se mantendrán archivadas con estricta confidencialidad. Debo volver a solicitar el beneficio cada seis meses para determinar si sigo siendo elegible. El tamaño de mi hogar y mis ingresos determinarán mi elegibilidad para este beneficio, y puedo presentar cualquier comprobante de ingresos (declaración de impuestos actual del hogar, copia de los formularios W-2, recibos de sueldo del último mes, carta o formulario de aprobación con los ingresos anuales del SSA/SSI, o cualquier otro comprobante de ingresos del hogar) cuando sea necesario. Afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que cualquier información engañosa o falsificada y/o admisión puede descalificarme para ser considerado en el programa de tarifa variable. Además, acepto informar a Acute Care Pediatrics si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si obtengo la aceptación del programa de tarifa variable conforme a esta solicitud, cumpliré con todas las normas y regulaciones de Acute Care Pediatrics. Por la presente, reconozco haber leído la divulgación anterior y haberla comprendido.</p>	
Firma:	Nombre Impreso:
Fecha:	



Acuse de recibo de la oferta de solicitud de tarifa variable

Al firmar a continuación, reconozco que Acute Care Pediatrics me ofreció la posibilidad de solicitar su programa de tarifas variables. Entiendo que esto es simplemente una oferta y que tengo la opción de solicitar el programa de tarifas variables o rechazar la oportunidad de presentar la solicitud

Marque Una: **ACEPTO** la oportunidad de aplicar al programa de tarifa variable
 RECHAZO la oportunidad de aplicar al programa de tarifa variable

Firma:	Nombre Impreso:	Fecha:
Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:

Nombre de Hermano/a:	Fecha de nacimiento de hermano/a:
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	

NOTA: Esta página es solo para el personal de Acute Care Pediatrics.

OFFICE USE ONLY	
Application Reviewed by: (Front Desk Employee): _____	Date: _____

Application Verified by: (Billing Dept. Employee): _____ <input type="radio"/> Approved <input type="radio"/> Denied / Reason:	Date:
--	-------

Spanish