

# Solicitud de Descuento de Tarifa Variable



## INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

NOMBRE COMPLETO (Primero, Inicial del Segundo, Apellido)	FECHA DE NACIMIENTO
--	---------------------

\*\*\*MARQUE AQUÍ ÚNICAMENTE SI USTED NO QUIERE APLICAR POR EL DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE\*\*\*

Me han dado la oportunidad de aplicar por el descuento de tarifa variable de PrairieStar Health Center, Inc. (PSHC).

**YO NO Deseo aplicar en este momento por el programa de descuento de tarifa variable de PSHC.**

FIRMA DEL PACIENTE O FIADOR	FECHA
-----------------------------	-------

## INFORMACIÓN GENERAL

Las preguntas en este formulario serán solamente para reunir información sobre usted y su familia, y así poder satisfacer mejor sus necesidades médicas, dentales, emocionales y/o de vision (si usted cuenta con seguro médico usted podría calificar para un descuento en su co-pago o en su deducible y si usted no está asegurado usted podría calificar para descuentos en las tarifas por los servicios adquiridos). **Esta información no será utilizada para retener o negarle servicios a usted.**

SI	NO	Usted cuenta con cobertura de Medicaid, Medicare, y/o algún otro tipo de seguro médico?
SI	NO	Está usted desempleado?
SI	NO	Está usted deshabilitado?

## INFORMACIÓN DEL HOGAR

Por favor incluirse a usted mismo, a su esposo(a)/pareja, y a todos sus dependientes que reciban 50% o más de su manutención de parte del jefe de hogar.

Nombre	Fecha De Nacimiento	Relación Con El Solicitante	Seguro Médico	Insurance Type
		Solicitante/él mismo	Si No	Medicaid Medicare Otro: _____
			Si No	Medicaid Medicare Otro: _____
			Si No	Medicaid Medicare Otro: _____
			Si No	Medicaid Medicare Otro: _____
			Si No	Medicaid Medicare Otro: _____
			Si No	Medicaid Medicare Otro: _____

## DECLINACIÓN DE LOS REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN

Si usted no puede cumplir con los requisitos de documentación, usted deberá de proporcionar la cantidad de sus ingresos en efectivo en la parte inferior, firmar la declaración de certificación del solicitante, y proporcionar una carta de su empleador con el membrete de la empresa donde verifique la cantidad de ingresos que usted indicó. La falta de completar esta información resultará en el rechazo de su solicitud para descuento de tarifa variable.

MIS INGRESOS EN EFECTIVO SON:	\$	Semanal	Quincenal	Mensual	Otro:
EMPLEADOR ACTUAL:					

## DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Yo certifico que no cuento con alguna otra forma de documentar mis ingresos y que toda la información anterior es correcta. Yo entiendo que esta información será utilizada por PSHC para determinar mi elegibilidad en el programa de descuento de tarifa variable. Yo entiendo que los oficiales de PSHC pueden verificar la información que he proporcionado en esta forma.

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
--------------------	-------

## Solicitud de Descuento de Tarifa Variable

### VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Por favor proporcione sus **ingresos brutos** (la cantidad de dólares recibidos antes de que los impuestos hayan sido retirados) en la tabla inferior. Los ingresos del hogar incluyen todos los ingresos generados por todos los miembros del hogar. La comprobación de sus ingresos es un requisito antes de que el descuento entre en efecto.

Tipo de Ingresos (Antes de Impuestos y Deducciones)	NOMBRE DE LA PERSONA RECIBIENDO EL INGRESO #1	NOMBRE DE LA PERSONA RECIBIENDO EL INGRESO #2	NOMBRE DE LA PERSONA RECIBIENDO EL INGRESO #3	CON QUE FRECUENCIA RECIBE ESTOS INGRESOS?			
				Semanal	Quincenal	Mensual	Otro:
Salario Laboral	\$	\$	\$				
Salario en Efectivo	\$	\$	\$				
Desabilidad	\$	\$	\$				
Seguro Social	\$	\$	\$				
Desempleo	\$	\$	\$				
Compensación del Trabajador	\$	\$	\$				
Manutención de Hijos	\$	\$	\$				
Pensión Alimenticia	\$	\$	\$				
Propinas	\$	\$	\$				
Empleo Propio	\$	\$	\$				
Pensión	\$	\$	\$				
Beneficios de Veteranos	\$	\$	\$				
Otros Ingresos	\$	\$	\$				

Entiendo que si proporciono información falsa, seré descalificado del programa y todos los cargos deberán ser pagados en su totalidad inmediatamente. Entiendo que tendré el requisito de presentar documentación que pruebe mis ingresos. Entiendo que cualquier pago de seguro médico recibido por mi o en mi nombre deberá ser aplicado a mi cuenta antes de recibir algún descuento. Al firmar este formulario, certifico bajo penalidad de perjurio que rigen las leyes del estado de Kansas que la información en la parte anterior es verdadera y correcta y asumo la responsabilidad de contactar a PSHC en caso de que algún cambio ocurra con mi estatus financiero o de seguro médico.

<b>FIRMA DEL SOLICITANTE</b>	<b>FECHA</b>
------------------------------	--------------

PARA USO DE LA OFICINA ADMINISTRATIVA ÚNICAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY to be calculated once proof of income is received)			
TOTAL NUMBER IN HOUSEHOLD:		SLIDING FEE SCALE:	1    2    3    4    5
GROSS INCOME AMOUNT #1:	\$	DATE OF COMPLETED APPLICATION:	
GROSS INCOME AMOUNT #2:	\$	BACKDATE DISCOUNT TO:	
GROSS INCOME AMOUNT #3:	\$	INITIALS OF PSHC REPRESENTATIVE:	
<b>TOTAL GROSS INCOME AMOUNT:</b>	<b>\$</b>	<b>ADMINISTRATIVE APPROVAL IF BACKDATE IS MORE THAN 14 DAYS:</b>	
<b>TOTAL ANNUAL HOUSEHOLD INCOME</b>	<b>\$</b>		