



Política de Facturación y Solicitud de Tarifa Móvil

Política de facturación y cobranza de Catherine

Catherine's Health Center brinda acceso a los servicios independientemente de la capacidad de pago de una persona. Catherine's acepta una variedad de planes de seguro, Medicaid y Medicare. Los pacientes pueden calificar para un descuento por los servicios (un programa de tarifas variable) según los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. El programa de tarifas móviles se aplicará a los cargos de los pacientes que se encuentren entre el 100 % y el 200 % del nivel federal de pobreza. Para las personas y los hogares con ingresos iguales o inferiores al 100 % del FPL, los servicios de Catherine se proporcionarán por una tarifa mínima. Por favor, pregunte en la recepción para obtener más información.

Si el paciente es responsable de algún cargo, el pago debe realizarse en el momento de la salida. Los saldos pendientes se enviarán a una agencia de cobro. Para asegurarse de que todos los que necesitan atención tengan acceso a ella, Catherine's se reserva el derecho de suspender los servicios a un paciente si no se realiza el pago y si la solicitud de tarifa variable está incompleta o es inadecuada.

Al firmar a continuación, reconozco que he revisado la información de la política de facturación anterior y/o he solicitado la información adicional que necesito para una comprensión completa.

Solicitud de Tarifa Móvil

Esta aplicación está disponible para todas las personas, independientemente del estado del seguro.

- Declaro que estoy sin vivienda.
- Me niego a proporcionar la siguiente información y, por lo tanto, reconozco que no seré elegible para recibir asistencia financiera. Por lo tanto, si soy responsable de algún cargo, pagaré el monto total facturado.

Nombre Legal Completo del Paciente y Firma Fecha

Enumere usted mismo, su cónyuge y los dependientes **que reclama en sus impuestos.**

Nombre		Fecha de Nacimiento	Nombre		Fecha de Nacimiento
Tú mismo			Dependiente/ Edad		
Cónyuge			Dependiente/ Edad		
Dependiente/ Edad			Dependiente/ Edad		
Dependiente/ Edad			Dependiente/ Edad		

Ingreso familiar anual

Fuente de Ingreso	Tú mismo	Cónyuge	Otra	Ingresos totales
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Seguro social y beneficios para veteranos				
Pensión alimenticia				
Ingresos por cuenta propia empresarial empleo y dependientes				
Alquiler (si es dueño de una propiedad)				
Ingresos Totales				

Lista de Control de Verificación

Adjunte todas las copias a este formulario, por favor.

- Sí** **No** *Identificación/ Dirección:* Licencia de conducir, identificación de empleo, tarjeta de seguro social u otra
- Sí** **No** *Ingresos requeridos:* Declaración de impuestos del año anterior, talones de pago de un mes, W-2, beneficios del seguro social, carta de apoyo u otro
- Sí** **No** *Seguro:* Tarjeta(s) de seguro
- Sí** **No** *Medicaid:* Solicitud realizada o evidencia de rechazos

Firma del Paciente/Guardián Legal (Nombre Legal)

Fecha

SOLO USO DE OFICINA

Clase de Pago Aprobada:	Fecha Efectiva:
Aprobado or:	Fecha de Expiración: