Catherine's HEALTH CENTER

Política de Facturación y Solicitud de Tarifa Variable

Política de Facturación y Cobros de Catherine's

El Centro de Salud de Catherine's ofrece acceso a servicios sin importar la capacidad de pago de la persona. Catherine's acepta una variedad de planes de seguro, incluyiendo Medicaid y Medicare. Si el paciente es responsable de algún cargo, el pago debe realizarse al momento de la visita. Cualquier paciente puede solicitar ser incluido en un plan de pagos si no puede mantenerse al día con sus pagos. Los pacientes también pueden solicitar un descuento por servicios, basado en una escala de tarifas variables según los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. Más información sobre cómo solicitar esta escala de tarifas se encuentra a continuación. Para garantizar 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.

_____ _____

Firma del Paciente/Guardián Legal (Nombre Legal) **Fecha**

Programa de Tarifa Variable

Los pacientes pueden calificar para un descuento de sus servicioso, una escala de tarifas variables, basada en los ingresos del hogar y el tamaño de la familia. La escala de tarifas se aplicará a los cargos de pacientes que estén entre el 100% y el 200% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Para individuos y hogares con ingresos iguales o inferiores al 100% del FPL, los servicios de Catherine se proporcionarán por una tarifa mínima. Esta solicitud está disponible para todas las personas, independientemente de su estado de seguro.

Por favor, elija una de las opciones a continuación para solicitar el Programa de Tarifa Variable o rechazarlo.

☐ Solicitud de Tarifa Variable

☐ Rechazo solicitar el Programa de Tarifa Variable y reconozco que no seré elegible para recibir asistencia financiera. Por lo tanto, si soy responsable de algún cargo, pagaré el monto total facturado.

Si decide no solicitar el Programa de Tarifa Variable, puede detenerse aquí. Si desea solicitarlo, por favor complete la solicitud en la página siguiente.

Solicitud de Tarifa Variable

Por favor, elija la opción que mejor refleje su situación actual de vida:

☐ Declaro que tengo vivienda.

☐ Declaro que NO tengo vivienda (lo que podría incluir: estar sin hogar, vivir en una vivienda de apoyo o transitoria, permanecer en un refugio o formar parte de un programa de apoyo para personas sin hogar).

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

Tú mismo:_____ Fecha de Nacimiento:_____

Cónyuge :_____ Fecha de Nacimiento:_____

Dependiente/ Edad: _____ Fecha de Nacimiento:_____

Dependiente/ Edad:_____Fecha de Nacimiento:_____

Dependiente/ Edad: _____ Fecha de Nacimiento:_____

Dependiente/ Edad _____ Fecha de Nacimiento:_____

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

Al firmar a continuación, certifico que toda la información en mi Solicitud de Tarifa Variable es correcta según mi leal saber y entender.

_____ _____

Firma del Paciente/Guardián Legal (Nombre Legal) **Fecha**

_____ *SOLO USO DE OFICINA*_____

Verification Checklist

Please attach **all** copies to this form

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

Pay class approved:	Effective Date:
Approved by:	Expiration Date:
Reviewed by:	