

Clínicas Dr. Héctor Valencia

Hoja de trabajo / solicitud de información para el paciente 2020

Clínicas pediátricas Dr. Héctor Valencia: Hoja de trabajo de información para el paciente con tarifa variable / descuento Es política de las Clínicas Pediátricas Dr. Héctor Valencia brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Las Clínicas Pediátricas Dr. Héctor Valencia ofrecen descuentos basados en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

Las Clínicas Pediátricas Dr. Héctor Valencia utilizan un equipo de navegación de salud (Asesores de atención) para facilitar el proceso de calificación para tarifa / descuento móvil. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta práctica, pero no a los servicios o equipos adquiridos 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. Debe completar este formulario cada 12 meses o si cambia su situación financiera.

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR:			LUGAR DE EMPLEO:	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	Area Postal	TELEFONO

INDIQUE EL CÓNYUGE Y LOS DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento

Fuente	Yo	Esposo (A)	Otro(a)	Tota
Salarios brutos, salarios, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos por jubilación				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas				
Ingresos totales:				

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

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestran arriba es correcta.

Nombre (impreso):	
Firma:	
Fecha:	

SÓLO PARA USO OFICIAL

Nombre del paciente:	
Descuento aprobado:	
Aprobado por:	
Fecha de aprobación:	

Lista de verificación de verificación	SI	No
Identificación / dirección: licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación de empleo u otra		
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, 2-4 recibos de pago según su método de pago (semanal o quincenal), u otro		
Seguro: Tarjetas de seguro		

Si necesita asistencia financiera o ayuda para calificar para el seguro, comuníquese con los Asesores de atención:

Care Advisors
(718) 779- 5855