



## CENTRO(S) DE SALUD COMUNITARIO DEL CONDADO DE KNOX APLICACIÓN DE DESCUENTO EN LA ESCALA MÓVIL DE TARIFAS

Paciente Name \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Calle \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_

Zip Code \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_ Teléfono alternativo number \_\_\_\_\_

Es política del Centro de Salud Comunitario del Condado de Knox (KCCHC) proporcionar servicios médicos, de salud mental, de salud conductual y dentales esenciales, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Si califica, se puede aplicar un descuento a los saldos de copago, coseguro y/o deducible que sean mayores que la tarifa nominal. Para calificar para la "escala móvil de tarifas", debe proporcionar prueba de los ingresos del hogar y la ocupación del hogar. La tarifa nominal actual es de \$20 para servicios médicos, \$10 para servicios de salud mental y conductual y \$20 para servicios dentales.

**Tenga en cuenta:** Las tarifas de laboratorio tienen grandes descuentos y el costo real del laboratorio presentado a KCCHC se cobra al paciente sin recargo ni aplicación de tarifas de servicio adicionales.

Proporcione la siguiente información a **todas las personas de su familia inmediata que vivan en su hogar**. A efectos de asistencia, la **familia inmediata** se define como el paciente, el cónyuge del paciente y todos los hijos menores de 18 años del paciente que viven en el hogar del paciente, o de los que usted es **legalmente responsable**.

Miembros del hogar Nombre y apellidos	Relación	Fecha de nacimiento	Ganado*	Inmerecido*
<b>INGRESOS TOTALES*</b>			\$	\$
<b># de hijos dependientes menores de 18 años</b>				

*\*Los ingresos incluyen todos los ingresos/salarios devengados e ingresos no devengados, incluidos sueldos, salarios, propinas, discapacidad a largo plazo, trabajo por cuenta propia, desempleo, seguro social, pensiones/jubilación y compensación laboral.*

El # total de la manutención de los hijos se paga, pero no viven en home \_\_\_\_\_

**Formas aceptables de prueba de ingresos (las más recientes):** un mes de recibos de pago, declaración de impuestos o W-2, carta de asistencia pública del Seguro Social, manutención de los hijos, pensión alimenticia, desempleo, asistencia médica o carta de certificación del Departamento de Servicios Sociales. **(Incluya TODOS los ingresos)**

**Documentación de No Ingresos:** Si usted reporta un ingreso de \$0, por favor explique cómo se están satisfaciendo las necesidades diarias.

\_\_\_\_\_

Con mi firma a continuación , doy fe de que **tengo un ingreso anual de \$0.**

Los pacientes Signature \_\_\_\_\_ KCCHC Witness \_\_\_\_\_

Al informar que tiene un ingreso de \$0, se le remitirá automáticamente a nuestro Coordinador de Atención al Paciente. \*\*\*



## CENTRO(S) DE SALUD COMUNITARIO DEL CONDADO DE KNOX APLICACIÓN DE DESCUENTO EN LA ESCALA MÓVIL DE TARIFAS

Paciente Name \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**ACUERDO DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE:** Entiendo y acepto que algunos servicios prestados se basan en mi capacidad de pago. Si el pago de otros servicios está determinado por y se basa en una escala móvil de tarifas, entiendo que soy responsable de mi parte del costo de los servicios prestados en el momento del servicio y que la falta de proporcionar "prueba de ingresos" resultará en que se me cobre el 100% del costo de los servicios recibidos y / o prestados.

Entiendo que debo actualizar esta información si mi situación cambia y que se debe completar una nueva Solicitud de Descuento al menos cada doce (12) meses. Si existe un saldo impago en mi cuenta después de aplicar mi porcentaje de descuento, acepto hacer arreglos de pago y cumplir con los términos. Entiendo que si no puedo realizar un pago en un mes determinado; Debo comunicarme con la Oficina de Facturación antes de la fecha de vencimiento para discutir mi necesidad de modificar mi acuerdo de pago.

Certificación: Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta. **Entiendo que se requiere documentación que respalde mi posición financiera antes de que se pueda aprobar mi descuento y que debo proporcionar esta información dentro de los 30 días o antes de mi próxima visita si es antes.**

\_\_\_\_\_  
Nombre del paciente (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o garante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma