



## Solicitud de tarifa variable

Solicitud inicial \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

Renovación \_\_\_\_ Año \_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Expresar: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono # 1 \_\_\_\_\_ Teléfono # 2 \_\_\_\_\_

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 \$ 30 por servicios médicos, \$ 10 por servicios de salud mental y conductual y \$ 40 por servicios dentales.

Tenga en cuenta: las tarifas de laboratorio tienen un gran descuento y el costo real del laboratorio presentado a KCCHC se carga al paciente sin recargo ni solicitud de tarifas de servicio adicionales.

		<i>Ingresos del hogar * (complete solo UNA columna por miembro)</i>		
<i>Los miembros del hogar</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>	<i>Anual</i>	<i>Mensual</i>	<i>Quincenal</i>
<i>Nombre y apellido</i>				
<i>Uno mismo</i>				
<b>INGRESOS TOTALES*</b>		\$	\$	\$
<b># de hijos dependientes menores de 18 años</b>				

\* Los ingresos incluyen todos los ingresos / salarios del trabajo y los ingresos no ganados, incluidos los sueldos, salarios, propinas, discapacidad a largo plazo, trabajo por cuenta propia, desempleo, seguridad social, pensiones / jubilación y compensación del trabajador.

Número total de miembros que viven en su hogar (propio + cónyuge + hijos + otros miembros calificados arriba):

ACUERDO DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES: Entiendo y acepto que algunos servicios prestados se basan en mi capacidad de pago. Si el pago de otros servicios se determina y se basa en una escala móvil de tarifas, entiendo que soy responsable de mi parte del costo de los servicios prestados al momento del servicio y que si no proporciono una "prueba de ingresos" se me cobrará 100% del costo de los servicios recibidos y / o prestados.

Estoy de acuerdo, ya sea como paciente, agente, tutor, pariente o representante, que en consideración de los servicios prestados, por la presente garantizo y me comprometo individualmente a pagar la cuenta del KCCHC en su totalidad. Además, entiendo que el incumplimiento de mis responsabilidades de pago de los servicios prestados puede resultar en la suspensión de las citas.

**Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos que se muestra arriba son correctos. Se requieren copias de las declaraciones de impuestos, los talones de pago y / o otra información que verifique los ingresos antes de aprobar un descuento. Si la documentación definida no está disponible, completaré y firmaré el formulario IRS 4506-T para respaldar esta declaración de ingresos.**

Firma del paciente / tutor (si el paciente es menor de edad): \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si es tutor, relación con el paciente: \_\_\_\_\_