



28 Executive Drive, Norwalk, Ohio 44857 | P: 419-668-1652 EXT. 241 | F: 419-668-5423  
 392 East Howard Street, Willard, Ohio 44890 | P: 419-935-0213 | F: 419-935-0242

Primera Aplicación? _____ Año _____	Aplicación Renovada _____ Año _____
-------------------------------------	-------------------------------------

## Aplicación para la Escala de Tarifas Reducidas y Autorización de Pagos

Nombre de Cliente (Imprimir) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Numero de Seguro Social # \_\_\_\_\_

Nombre de los Padres/Guardiánes (Para los de menos de 18 años) \_\_\_\_\_

Para todas las pacientes que aplican para las tarifas reducidas, pedimos información sobre ingresos de casa. La información en esta aplicación da a todos la oportunidad de recibir tarifas reducidas aplicadas a los costos de los servicios médicos que le brindamos aquí en el Centro de Salud. Si usted decide no dar la información de los ingresos acepta 100% de la responsabilidad del costo no pagado por su seguro de salud.

Seleccione una de las opciones:

- Factura mi Seguro de Salud Medico (Favor de entregar su tarjeta de seguro de salud a la secretaria). Entiendo que soy responsable de todos los copagos, deductibles y otros costos requeridos de mi plan de seguro de salud médico.
- Prefiero no dar mi información de los ingresos y acepto toda responsabilidad de 100% de los costos no pagado por mi seguro de salud médico.

- Desea aplicar para tarifas reducidas. (**TODOS PUEDEN APLICAR – NO DEPENDE DEL SEGURO DE SALUD**)
  - Tengo 17 años y requiero servicios privados. Calcula mis tarifas basadas en mi ingreso sin lo de mis padres.
  - Estoy matriculado en la universidad o escuela secundaria y recibo **beneficios monetarios** por mis gastos personales:
    - Becas/Préstamos \$ \_\_\_\_\_ Ingresos de los Padres \$ \_\_\_\_\_ Otros beneficios \$ \_\_\_\_\_
    - cada  mes  semestre  anual
    - Estoy matriculado \_\_\_\_\_ semestres cada año

- Cantidad de personas que viven in mi casa (numero total) \_\_\_\_\_
- Ingreso total antes de los impuestos para todo mi casa: \$ \_\_\_\_\_
- Cada  semana  mes  anual
- Otros ingresos adicionales: \$ \_\_\_\_\_

**\*SE FIRME EN LA PAGINA ATRAS\***

En el Centro de Salud del Condado Huron (HCHC) ofrecemos servicios esenciales médicos, de salud mental y otros servicios sin discriminación de habilidad de pagar. Para clientes calificadas, ofrecemos un descuento para tarifas que se aplique a los gastos de copagos, gastos asociados con su aseguranza de salud y otros costos que sean más de las

For staff: Sliding Fee Scale  0%  20%  40%  60%  80%  100% (**0%= \$30.00**)  
 Verified by: (Staff Signature) \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

tarifas mínimas. Pedimos verificación de ingresos de casa \* y el número de personas de casa cuando se aplica para la escala de tarifas reducidas. El costo mínimo para los servicios médicos es **\$30** (*no aplica a la visita para inmunizaciones*).

\*Ingreso de casa incluye todos los ingresos de dinero en forma de salario, trabajo adicional, empleo de si mismo, beneficios de seguridad social, beneficios de la jubilación y compensación del trabajo.

**ACUERDO PARA LA ESCALA PARA DESCUENTO DE TARIFAS:**

Entiendo y estoy de acuerdo que algunos servicios medicos se basen en mi habilidad de pagar. Si se determine las tarifas por la escala y de los servicios medicos, entiendo que soy responsable de mi porcion del costo de los servicios la hora de la cita y es necesario verificar mi ingreso a la hora de la cita.

Entiendo y estoy de acuerdo como padre, agente, familiar, o persona designada que en consideración de los servicios médicos, garantizo y me considero obligado pagar mis costos en la cuenta de HCHC en completo. Entiendo que al no pagar, podría afectar mi habilidad de tener citas en el futuro en el Centro de Salud.

Certifico que el numero de personas reportadas en mi casa y el total de mis ingresos son correctos en este documento. Se requiere copias de mis recibos de pago o otra información para verificar mis ingresos. Estas se usan solamente para aplicar y aprobar los ingresos para recibir el descuento de escala. Si no hay documentos para soportar mis ingresos llenaré la forma apropiada para evidenciar mis ingresos.

Personas En Mi Casa		
Nombre:	Relación:	Fecha De Nacimiento:
Nombre:	Relación:	Fecha De Nacimiento:
Nombre:	Relación:	Fecha De Nacimiento:
Nombre:	Relación:	Fecha De Nacimiento:
Nombre:	Relación:	Fecha De Nacimiento:
Nombre:	Relación:	Fecha De Nacimiento:
Nombre:	Relación:	Fecha De Nacimiento:
Documentación de Ingresos (Lista y Documentación Incluida):		
Documentación de Ingresos (Lista y Documentación Incluida):		
Documentación de Ingresos (Lista y Documentación Incluida):		
<b><i>Reconozco y entiendo que dar información falsa podría resultar en acción legal y atestigo que de acuerdo con lo que sepa, toda la información dada es verdadera y correcta.</i></b>		
Firma (Paciente o Guardian):		Fecha:
Si es Guardian, Su Afinidad al Paciente:		
Testigo (opcional):		Fecha:

Health Center use only		
Reviewer Notes:		
Date of Evaluation:	Income:	Discount Percentage:
Reviewer Signature:		Date: