



Tabla #:

### Solicitud de Tarifa Móvil Anual

<b>Descuento de Tarifa Variable</b>	<b>¿Le interesa ver si califica para un descuento en sus servicios?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Community Health Care ofrece un descuento de tarifa variable a todos nuestros pacientes, independientemente de la cobertura del seguro. El descuento de tarifa variable le ofrece un descuento en sus servicios y se basa en el tamaño y los ingresos de su hogar. Este descuento se aplicará a su saldo después de que cumpla con sus copagos y se realicen los pagos del seguro. Para calificar para un descuento de tarifa variable, debe completar la solicitud como mínimo una vez al año.	<p style="text-align: center;"><u>Su descuento de tarifa variable puede ser usado en cualquiera de nuestras ubicaciones</u></p> <p style="text-align: center;">Si ha seleccionado <b>SI</b> para el descuento, <b>ALGUIEN</b> en su hogar recibe:</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingresos de empleo</td> <td><input type="checkbox"/> Ingresos por desempleo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad de Seguridad Social</td> <td><input type="checkbox"/> Retiro o Pensión</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Manutención infantil o pensión alimenticia</td> <td><input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo del estado o federal</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ingresos por rentas</td> <td><input type="checkbox"/> Otro/Ingresos en efectivo _____</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;"><b>¿Quién recibe?</b>   <input type="checkbox"/> Usted   <input type="checkbox"/> Esposo/a, otro/a significativo/a</p>			<input type="checkbox"/> Ingresos de empleo	<input type="checkbox"/> Ingresos por desempleo	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Retiro o Pensión	<input type="checkbox"/> Manutención infantil o pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo del estado o federal	<input type="checkbox"/> Ingresos por rentas	<input type="checkbox"/> Otro/Ingresos en efectivo _____
<input type="checkbox"/> Ingresos de empleo	<input type="checkbox"/> Ingresos por desempleo										
<input type="checkbox"/> Discapacidad de Seguridad Social	<input type="checkbox"/> Retiro o Pensión										
<input type="checkbox"/> Manutención infantil o pensión alimenticia	<input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo del estado o federal										
<input type="checkbox"/> Ingresos por rentas	<input type="checkbox"/> Otro/Ingresos en efectivo _____										
<p><b><u>Rechazo del descuento de tarifa variable</u></b></p> <p>El paciente ha rechazado verbalmente el descuento de tarifa variable.</p> <p>Firma del Paciente _____ Fecha _____ si no puede firmar, iniciales _____</p>											
<p><b><u>Auto declaración de Descuento</u></b></p> <p>El ingreso familiar actual del paciente es de \$ _____ (anualmente).</p> <p>Firma del Paciente _____ Fecha _____ si no puede firmar, iniciales _____</p>											

### TAMAÑO DEL HOGAR

Cuadro # <small>(uso de oficina)</small>	Nombre de integrantes de la familia <small>(viviendo en su hogar)</small>	Fecha de Nacimiento	Sexo	Seguro
	<b>Usted:</b>		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno
	<b>Cónyuge/ Otro significativo/a:</b>		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno
	<b>Niño/a</b> (menor de 18 años): Relación:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno
	<b>Niño/a</b> (menor de 18 años): Relación:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno
	<b>Niño/a</b> (menor de 18 años): Relación:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno
	<b>Niño/a</b> (menor de 18 años): Relación:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Ninguno

<p><b>Uso interno únicamente</b></p> <p>Ingresos brutos del hogar \$ _____ (Anual)    Tamaño de la Familia _____    Porcentaje de tarifa variable _____</p> <p>Fecha de inicio efectivo _____    Fecha de final efectivo _____    PSP/Iniciales de Admisión ___/_____</p>			
---	--	--	--