

Persona responsable:		Fecha: / /		Nombre del paciente:	
Nombre de pila:	Medio:	Último:		Fecha de nacimiento de las pacientes: / /	
Direccion de casa:		Ciudad:		Expresar:	Código postal:
Direccion de envío:		Ciudad:		Expresar:	Código postal:
Teléfono de casa: () -		Teléfono móvil: () -			
Seguridad Social - -		¿Tienes seguro? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si es así, ¿qué seguro?			
Estado civil: <input type="checkbox"/> Única <input type="checkbox"/> En una relación <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Apartada <input type="checkbox"/> Viuda					

OTRAS PERSONAS en su hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

NOTA: Para cumplir con las regulaciones federales, con el fin de darle un descuento en nuestros servicios, es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán archivadas y en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos una vez al año.

Ingresos laborales					
Nombre	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	Empleador:		
Tú	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año			
Esposa	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año			
Niños	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año			
Otra	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año			
	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año			
TOTAL	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año			
Otros ingresos					
	Tú	Esposa	Niños	Otra	¿Con qué frecuencia?
Seguridad Social	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Asistencia pública	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Pensión de retiro	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Invalidez	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Manutención de niños	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Ingresos por intereses	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Otra	\$	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año

Sólo para uso de oficina:

Approved Denied

Household Size: _____

Income: _____

Patient Designation:

- ___ **Group A**
- ___ **Group B**
- ___ **Group C**
- ___ **Group D**
- ___ **Group E**

Authorized Signature:

Date: _____

Por la presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que cualquier información engañosa o falsificada y / u omisiones puede descalificarme de una mayor consideración para el programa de tarifas móviles y me someterá a sanciones según las leyes federales que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, acepto informar a Community Health Center of the North Country si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación para el programa de tarifa variable bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones del Centro de Salud Comunitario del Norte del País. Por la presente reconozco que leí la divulgación anterior y la entiendo.

Fecha: _____ Nombre (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Reducción de la Tarifa de Descuento Según la Designación del Grupo

<u>Servicios Elegibles</u>	<u>Grupo A</u>	<u>Grupo B</u>	<u>Grupo C</u>	<u>Grupo D</u>	<u>Grupo E</u>
Atención Primaria	Sin Descuento	\$75	\$50	\$30	\$15
Salud Mental	Sin Descuento	\$75	\$50	\$30	\$15
Optometría (*Gafas para los ojos excluidas)	Sin Descuento	\$75	\$50	\$30	\$15
** Gafas disponibles al costo. Lista de precios disponible bajo petición**					
Cuidado Dental (*Dentaduras excluidas)	Sin Descuento	\$60	\$45	\$30	\$15
** El paciente es responsable de la cuota de laboratorio de \$ 350.00 asociada a cada dentadura postiza, además de la tarifa por visita arriba **					
COVID-19 Coleccion de especimenes	Sin Descuento	\$20	\$15	\$10	\$5
COVID-19 Pruebas en el punto de atención	Sin Descuento	\$30	\$25	\$20	\$15

2021 Pautas Federales Sobre la Pobreza

	<u>Grupo A</u>	<u>Grupo B</u>	<u>Grupo C</u>	<u>Grupo D</u>	<u>Grupo E</u>
Nivel de Pobreza	201%	200%	166%	133%	100%
1	25,761	25,760	21,381	17,130	12,880
2	34,841	34,840	28,917	23,169	17,420
3	43,921	43,920	36,454	29,207	21,960
4	53,001	53,000	43,990	35,245	26,500
5	62,081	62,080	51,526	41,283	31,040
6	71,161	71,160	59,063	47,321	35,580
7	80,241	80,240	66,599	53,360	40,120
8	89,321	89,320	74,136	59,398	44,660
9	98,401	98,400	81,672	65,436	49,200
10	107,481	107,480	89,208	71,474	53,740
11	116,561	116,560	96,745	77,512	58,280
12	125,641	125,640	104,281	83,551	62,820
13	134,721	134,720	111,818	89,589	67,360
14	143,801	143,800	119,354	95,627	71,900
15	152,881	152,880	126,890	101,665	76,440