

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 envio:		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 someteré 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: _____

Descuentos de escala móvil de tarifas según la designación del grupo en la página siguiente

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

2022 Pautas Federales Sobre la Pobreza

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E	
Nivel de Pobreza	201%	200%	166%	133%	100%	
Tamaño del hogar	1	27,181	27,180	22,559	18,075	13,590
	2	36,621	36,620	30,395	24,352	18,310
	3	46,061	46,060	38,230	30,630	23,030
	4	55,501	55,500	46,065	36,908	27,750
	5	64,941	64,940	53,900	43,185	32,470
	6	74,381	74,380	61,735	49,463	37,190
	7	83,821	83,820	69,571	55,740	41,910
	8	93,261	93,260	77,406	62,018	46,630
	9	102,701	102,700	85,241	68,296	51,350
	10	112,141	112,140	93,076	74,573	56,070
	11	121,581	121,580	100,911	80,851	60,790
	12	131,021	131,020	108,747	87,128	65,510
	13	140,461	140,460	116,582	93,406	70,230
	14	149,901	149,900	124,417	99,684	74,950
	15	159,341	159,340	132,252	105,961	79,670