

|  |        |   |           |   |  |
|--|--------|---|-----------|---|--|
| <b>Persona responsable:</b>  |        | Fecha: / /  |           | <b>Nombre del paciente:</b>               |  |
| 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 |            |      |   |
| <b>TOTAL</b>           | \$       | <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<br>(*Gafas para los ojos excluidas)   | Sin Descuento  | \$75           | \$50           | \$30           | \$15           |
| <b>** Gafas disponibles al costo. Lista de precios disponible bajo petición**</b>  |                |                |                |                |                |
| Cuidado Dental<br>(*Dentaduras excluidas)  | Sin Descuento  | \$60           | \$45           | \$30           | \$15           |
| <b>** El paciente es responsable de la cuota de laboratorio de \$ 350.00 asociada a cada dentadura postiza, además de la tarifa por visita arriba **</b> |                |                |                |                |                |
| 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           |

## 2023 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                | 29,161         | 29,160         | 24,203         | 19,391         | 14,580         |
| 2                | 39,441         | 39,440         | 32,735         | 26,228         | 19,720         |
| 3                | 49,721         | 49,720         | 41,268         | 33,064         | 24,860         |
| 4                | 60,001         | 60,000         | 49,800         | 39,900         | 30,000         |
| 5                | 70,281         | 70,280         | 58,332         | 46,736         | 35,140         |
| 6                | 80,561         | 80,560         | 66,865         | 53,572         | 40,280         |
| 7                | 90,841         | 90,840         | 75,397         | 60,409         | 45,420         |
| 8                | 101,121        | 101,120        | 83,930         | 67,245         | 50,560         |
| 9                | 111,401        | 111,400        | 92,462         | 74,081         | 55,700         |
| 10               | 121,681        | 121,680        | 100,994        | 80,917         | 60,840         |
| 11               | 131,961        | 131,960        | 109,527        | 87,753         | 65,980         |
| 12               | 142,241        | 142,240        | 118,059        | 94,590         | 71,120         |
| 13               | 152,521        | 152,520        | 126,592        | 101,426        | 76,260         |
| 14               | 162,801        | 162,800        | 135,124        | 108,262        | 81,400         |
| 15               | 173,081        | 173,080        | 143,656        | 115,098        | 86,540         |