

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	Sin Descuento	\$75	\$50	\$30	\$15
Cuidado Dental	Sin Descuento	\$60	\$45	\$30	\$15
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
* Suministros, equipos y cargos de laboratorio por encima y más allá de los cargos de tarifa móvil son responsabilidad del paciente. Los costos de suministros, equipo y laboratorio se calculan en base sobre el costo más las tasas administrativas.					

2023 Pautas Federales Sobre la Pobreza

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E
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