



<b>Persona responsable:</b>		<b>Fecha:</b> / /		<b>Nombre del paciente:</b>	
Nombre de pila:		Medio:		Último:	
Dirección de casa:		Ciudad:		Fecha de nacimiento de las pacientes: / /	
Dirección 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			
<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	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.**

## 2024 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	30,121	30,120	25,000	20,030	15,060
2	40,881	40,880	33,930	27,185	20,440
3	51,641	51,640	42,861	34,341	25,820
4	62,401	62,400	51,792	41,496	31,200
5	73,161	73,160	60,723	48,651	36,580
6	83,921	83,920	69,654	55,807	41,960
7	94,681	94,680	78,584	62,962	47,340
8	105,441	105,440	87,515	70,118	52,720
9	116,201	116,200	96,446	77,273	58,100
10	126,961	126,960	105,377	84,428	63,480
11	137,721	137,720	114,308	91,584	68,860
12	148,481	148,480	123,238	98,739	74,240
13	159,241	159,240	132,169	105,895	79,620
14	170,001	170,000	141,100	113,050	85,000
15	180,761	180,760	150,031	120,205	90,380