



<b>Nombre del paciente</b> (Rellene esta sección)		<b>Persona responsable</b> (Información requerida sobre empleo e ingresos)		<b>Fecha de hoy</b> / /	
Nombre de pila:	Medio:	Último:	Fecha de nacimiento de las pacientes: / /		
Dirección de casa:		Ciudad:	Expresar:	Código postal:	
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 (Persona responsable)			
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 (Persona responsable)					
	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: \_\_\_\_\_

## 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	\$80	\$55	\$35	\$20
Salud Mental	Sin Descuento	\$80	\$55	\$35	\$20
Optometría	Sin Descuento	\$80	\$55	\$35	\$20
Cuidado Dental (Servicios preventivos/Emergencias)	Sin Descuento	\$80	\$55	\$35	\$20
Cuidado dental (procedimientos dentales ampliados)  Selladores, empastes, periodoncia, extracciones, endodoncia, coronas, puentes, prótesis parciales, prótesis dentales, reparaciones protésicas, mantenedores de espacio, protectores oclusales y modificaciones de tejidos duros y blandos	Sin Descuento	10% Discount <sup>^</sup>	30% Discount <sup>^</sup>	60% Discount <sup>^</sup>	\$40*

*\*Si corresponde, se aplicarán costos adicionales de bolsillo por honorarios de laboratorio.*

*<sup>^</sup>Descuento aplicado al total de los honorarios por servicio*

*Los suministros, equipos y cargos de laboratorio que excedan los honorarios variables son responsabilidad del paciente.*

*Los suministros, equipos y cargos de laboratorio se calculan en función del costo más los honorarios administrativos.*

## 2025 Pautas Federales Sobre la Pobreza

	<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>	<b>Grupo C</b>	<b>Grupo D</b>	<b>Grupo E</b>
Poverty Level	201%	200%	166%	133%	100%
1	31,457	31,300	25,979	20,815	15,650
2	42,512	42,300	35,109	28,130	21,150
3	53,567	53,300	44,239	35,445	26,650
4	64,622	64,300	53,369	42,760	32,150
5	75,677	75,300	62,499	50,075	37,650
6	86,732	86,300	71,629	57,390	43,150
7	97,787	97,300	80,759	64,705	48,650
8	108,842	108,300	89,889	72,020	54,150
9	119,897	119,300	99,019	79,335	59,650
10	130,952	130,300	108,149	86,650	65,150
11	142,007	141,300	117,279	93,965	70,650
12	153,062	152,300	126,409	101,280	76,150
13	164,117	163,300	135,539	108,595	81,650
14	175,172	174,300	144,669	115,910	87,150

Tamaño del hogar