

Apicha Community Health Center
Formulario de evaluación financiera

El descuento se aplicará a los servicios médicos que reciba en esta clínica, pero no a los medicamentos, vacunas ni servicios que se adquieran de otras fuentes, incluyendo las pruebas de referencia de laboratorio, medicamentos, interpretación de rayos X por parte de un consultor radiólogo y otros servicios similares.

Infórmele al Funcionario de elegibilidad si tiene alguna pregunta.

Número de parientes que viven en su hogar: _____

Ingreso total del hogar: (completar una columna)

Miembro del hogar	Ingreso del hogar (completar una columna)		
	Anual	Mensual	Quincenal
Paciente			
Cónyuge			
Niños dependientes menores de 18 años			
Total			

Observación: Incluya los ingresos de todas las fuentes, incluso los salarios brutos, propinas, seguro social, ingresos por discapacidad, pensiones, anualidades, pagos a veteranos, negocios netos o trabajo por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención de hijos, asistencia a militares o por desempleo o ayuda pública.

Certifico que la información arriba mencionada sobre el tamaño de la familia y sus ingresos es correcta. Es posible que se requieran copias de las declaraciones de impuestos, los comprobantes de pago y otra información de verificación de ingresos para que se apruebe un descuento.

Nombre (letra de imprenta)

Firma y Fecha

Para uso exclusivo de la oficina	
Nombre del paciente: _____	Descuento: _____
Fecha del servicio: _____	Aprobado por: _____

Apicha Community Health Center
Verificación de ingresos

Lista de verificación (adjuntar copias)	Sí	No
Identificación/Dirección: licencia de conducir, acta de nacimiento, identificación de empleo, tarjeta del seguro social, otra.		
Ingresos: declaración de impuestos del año anterior, tres últimos recibos de sueldo, otro.		
Seguro: tarjeta(s) del seguro		
Medicaid: solicitud realizada o evidencia de rechazo		
Autocertificación del paciente		

El paciente no ha podido presentar la verificación de sus ingresos; la verificación de ingresos es un requisito excluyente para la atención médica.

Describa la razón de la incapacidad de presentar la documentación mencionada anteriormente:

Certifico que la información arriba mencionada es correcta y entiendo que la verificación es necesaria para su aprobación.

Nombre del paciente (letra imprenta)

Firma y Fecha

Para uso exclusivo de la oficina

Clase de pago aprobada: _____

Fecha de vigencia: _____

Aprobado por: _____

Fecha de caducidad: _____