



Solicitud para el programa de descuento de tarifa

Nombre _____ Inicial _____

Numero del Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento _____

Licencia de Manejo o Identificación del Estado _____ Estado _____

Dirección _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____

Codigo Postal _____ Sexo: Masculino Femenino

Numero del Telefono (_____) _____ Telefono Alterno (_____) _____

Estado Civil: Soltero Casado Seperado Divorciado Viudo(a)

¿Alguien que solicita los beneficios de la tarifa de descuento está cubierto por Medicare, Medicaid o cualquier otro seguro de salud? Yes No

Cuantas Personas Viven en Su Casa?: _____			
Nombre completo	Fecha de nacimiento	Numero del Seguro Social #	Relación con el/la solicitante
	/ /	- -	
	/ /	- -	
	/ /	- -	
	/ /	- -	
	/ /	- -	

Ingresos del hogar			
Enumere todas las personas en el hogar que están trabajando actualmente y adjunte comprobante de ingresos. Si trabaja por cuenta propia, proporcione una copia de la declaración de impuestos federales sobre la renta más actualizada.			
Nombre	Salario	Frecuencia (circule uno)	Empleador
Tú	\$	Semanal Mensual Anual	
Cónyuge/ otra(o)	\$	Semanal Mensual Anual	
Niñas (os) (combinadas)	\$	Semanal Mensual Anual	
Otro (combinado)	\$	Semanal Mensual Anual	
	\$	Semanal Mensual Anual	
Total	\$	Semanal Mensual Anual	

Otros ingresos	Tú	Cónyuge	Niñas (os)	Otro	Total parcial
Beneficios de Seguro Social	\$	\$	\$	\$	\$
Asistencia pública	\$	\$	\$	\$	\$

Tu nivel de descuento es: _____

Los honorarios médicos requeridos para cada nivel de diapositiva se enumeran a continuación. Se espera que pague esta tarifa en cada cita.

Nivel A: \$30 • Nivel B: \$50 • Nivel C: \$70



Pensión de retiro	\$	\$	\$	\$	\$
Manutención de los hijos	\$	\$	\$	\$	\$
Beneficios por discapacidad	\$	\$	\$	\$	\$
Otro	\$	\$	\$	\$	\$
TOTAL	\$	\$	\$	\$	\$

Entiendo que mi participación en el programa de tarifa reducida no se otorgará hasta que haya completado el proceso de verificación de elegibilidad. La participación en el programa de tarifa reducida se revisará cada 6-12 meses, según la documentación presentada. Seis (6) meses para pacientes sin ingresos y doce (12) meses para pacientes con ingresos. Es mi responsabilidad programar una cita con Oconee Valley Healthcare al menos tres (3) semanas antes de la fecha de vencimiento de la Tarjeta de beneficios de Oconee Valley Healthcare para renovar mi solicitud.

Initial here: _____

Entiendo que mi solicitud y documentación deben estar actualizadas para recibir descuentos en los servicios. Debo notificar a Oconee Valley Healthcare dentro de los 10 días de un cambio de dirección, ingresos o tamaño de la familia.

Initial here: _____

Entiendo que los descuentos en los servicios solo se aplicarán a los cargos incurridos durante las fechas de inscripción aprobadas. Soy responsable del costo total de la visita si no completo el proceso de solicitud, si no se considera elegible o no proporciono información completa y precisa. La tarjeta de beneficios de atención médica de Oconee Valley debe presentarse en cada visita para recibir los descuentos predeterminados.

Initial here: _____

Entiendo que mi nivel de descuentos es: _____ y no todos los servicios son elegibles para recibir descuentos. Esperamos que los pacientes participen plenamente en el costo de su atención; no proporcionamos atención gratuita. Se requieren pagos para todos los pacientes en cada visita.

Initial here: _____

Afirmo que la información que he proporcionado a Oconee Valley Healthcare es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Entiendo que la información que he proporcionado para determinar mi elegibilidad para este programa que es proporcionada por Fondos Federales y está sujeta a revisión por Auditorías Federales y Estatales. Entiendo que si he proporcionado información falsa, se dará por terminada mi participación en el programa.

Initial here: _____

Autorizo la divulgación de información a Oconee Valley Healthcare de todos los datos, registros, información por parte de compañías de seguros, proveedores de atención médica, empleadores, instituciones financieras, agencias gubernamentales federales, estatales o locales, y cualquier otra persona, agencia u organización necesaria. para la búsqueda de Oconee Valley Healthcare de un reembolso o verificación de terceros de las declaraciones proporcionadas por mí o por cualquier otra persona cuyos ingresos y recursos se considerarán en esta solicitud. Entiendo que esta solicitud firmada sirve como autorización por escrito para que cualquiera de las personas, agencias u organizaciones mencionadas anteriormente divulgue la información requerida.

Initial here: _____

Firma del Aplicante: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

Tu nivel de descuento es: _____

Los honorarios médicos requeridos para cada nivel de diapositiva se enumeran a continuación. Se espera que pague esta tarifa en cada cita.

Nivel A: \$30 • Nivel B: \$50 • Nivel C: \$70