|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE ESCALA DE TARIFAS VARIABLE** |

Los pacientes de Valley Family Health Care (VFHC) pueden tener derecho a un *descuento* en su asistencia médica, incluso si  
tienen seguro. Rellene este formulario si desea solicitar nuestra escala móvil de tarifas.

* Este formulario entra en vigor en la fecha en que lo firma el solicitante y lo entrega al personal de VFHC; los servicios proporcionados antes de esta fecha no están cubiertos.
* Es necesario presentar una prueba de ingresos en un plazo de 90 días a partir de la fecha de entrada en vigor de esta solicitud por parte de todos los miembros del hogar que reciban ingresos. No se aplicarán descuentos hasta que se reciba la prueba de ingresos.
* Debe volver a solicitar el descuento de tarifa variable anualmente, O cuando se produzca un cambio en los ingresos, el seguro o el tamaño de la familia.
* Solo se requiere una solicitud de tarifa variable por familia.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Información del responsable (encabezado de casa):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | | |  | | | | | | | | Apellido: | | |  | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | | | |  | | | | | | | | Fecha de Nacimiento (FDN): | | | | | | | | |  | | | | | | |
| Dirección: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ciudad: | | |  | | | | | | | | | | | | | Estado: | | |  | | | Código postal: | | |  | |
| Por favor, enumere a cada miembro de la familia que vive en su hogar. Una familia es un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que viven juntas. Todas estas personas relacionadas se consideran miembros de una misma familia. Utilice la segunda página para añadir miembros adicionales del hogar.  **Hay \_\_\_\_\_\_\_\_\_ miembros en mi hogar (incluido usted mismo).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Miembros de la familia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Nombre* | | | | | | | | | *FDN* | | | | *Relación* | | | | | *Notas* | | | | | | | | |
| #1 |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| #2 |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| #3 |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| #4 |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| #5 |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
| #6 |  | | | | | | | |  | | | |  | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prueba de ingresos** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Valley Family Health Care **requiere** una prueba de ingresos **(de los últimos 30 días)** para todos los miembros del hogar que reciban ingresos en forma de uno de los siguientes:   |  |  | | --- | --- | | Talon de cheque (actual y consecutivo durante 30 días) | Ganancias o pérdidas del negocio | | Ganancias o pérdidas de la agricultura | Pensiones | | Impresión del Seguro Social o de discapacidad | Ingresos por alquileres/regalías | | Declaración de apoyo de otras personas que prestan apoyo o carta del empleador del paciente | Carta del tribunal sobre la pensión alimenticia o la manutención de los hijos | | Carta del organismo pagador o depósitos ACH del extracto bancario para:   * Desempleo * Indemnización por accidente en el empleo * Pagos a veteranos * AFDC: Ayuda a familias con hijos a cargo * Estipendios | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Por favor, indique las fuentes de ingresos brutos anuales (antes de impuestos) de todos los miembros del hogar.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fuente de ingreso 1: | | | | | Pago: | $ | | * Por Hora | | * Semanal | | | | * Quincenal | | | * Mensual | | | * Anual | | | # de Horas por Semana: | |  | |
| Fuente de ingreso 2: | | | | | Pago: | $ | | * Por Hora | | * Semanal | | | | * Quincenal | | | * Mensual | | | * Anual | | | # de Horas por Semana: | |  | |
| Fuente de ingreso 3: | | | | | Pago: | $ | | * Por Hora | | * Semanal | | | | * Quincenal | | | * Mensual | | | * Anual | | | # de Horas por Semana: | |  | |
| Fuente de ingreso 4: | | | | | Pago: | $ | | * Por Hora | | * Semanal | | | | * Quincenal | | | * Mensual | | | * Anual | | | # de Horas por Semana: | |  | |
| Fuente de ingreso 5: | | | | | Pago: | $ | | * Por Hora | | * Semanal | | | | * Quincenal | | | * Mensual | | | * Anual | | | # de Horas por Semana: | |  | |
| Fuente de ingreso 6: | | | | | Pago: | $ | | * Por Hora | | * Semanal | | | | * Quincenal | | | * Mensual | | | * Anual | | | # de Horas por Semana: | |  | |
| Ingresos totales: | | | | | | $ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Si **NO** tiene ninguna fuente de ingresos, rellene nuestro formulario de prueba alternativa de ingresos. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Lea atentamente las siguientes declaraciones, marque cada casilla, firme y feche a continuación.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera, completa y precisa. Notificaré de inmediato a Valley Family Health Care de cualquier cambio en el seguro, los ingresos familiares y/o el tamaño de la familia. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Entiendo que Valley Family Health Care comparte mi puntuación del Nivel Federal de Pobreza con nuestros socios de laboratorio y farmacia para que pueda recibir un descuento por sus servicios. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Entiendo que proporcionar información falsa intencionadamente puede excluirme de los descuentos de Valley Family Health Care y que se me pueden cobrar los descuentos que haya recibido con información falsa. También entiendo que se puede auditar la precisión de mi verificación de ingresos y acepto proporcionar todos los registros que se me soliciten. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Firma del responsable:** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | **Fecha:** | | | |  | | |
| Si no es el paciente, relación con el paciente: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nombre del empleado (en letra de imprenta):** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | **Fecha:** | | | |  | | |

**Proporcione información adicional en una hoja aparte.**

|  |
| --- |
| PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL:  Coloque aquí todas las etiquetas MRN de los pacientes. |