



REQUISITOS DEL PROGRAMA DE ESCALAS VARIABLES DE TARIFAS DE PAGO

Los siguientes elementos son necesarios para procesar su aplicación para el **Programa de Escalas Variables de Tarifas De Pago de la clínica de La Maestra**. Su aplicación no será procesada sin la información solicitada. Cualquier información proporcionada a La Maestra, se mantendrá confidencial. Si la información resulta ser **FRAUDULENTA**, nos reservamos el derecho de cancelar el estado de su aplicación para el Programa de Escalas Variables de Tarifas de Pago y se le cobrará la factura completa por todas las visitas anteriores.

Información necesaria para procesar la solicitud al Programa de Escala Variable de Tarifas de Pago:

1. El número total de miembros viviendo en el hogar.
2. Comprobantes de ingreso del hogar. Todos los ingresos de personas en el hogar deben ser reportado.

Salarios de Empleo	Salarios del Seguro Social	Pensión
Manutención de los hijos	Pensión Alimenticia	Desempleo, etc.

Requerimos un (1) talón de cheque vigente por cada miembro de familia en el hogar con empleo. El talón de cheque tiene que tener una fecha de no más de 60 días de antigüedad. Si no tiene un talón de cheque disponible, puede proveer una copia de su impuesto anual, una carta firmada por su trabajo con el logo de la compañía y declaración de su ingreso, o una declaración de estados de cuenta de banco incluyendo, pero no limitado, a su cuenta de cheques y su cuenta de ahorros, con una fecha de no más de 60 días de antigüedad.

3. Si no tiene ingreso, puede presentar documentos que comprueben su solicitud para beneficios de Medi-Cal o una copia de la certificación de Estampillas de Alimentos.

Antes de que se inscriba para el Programa de Escala Variable de Tarifas de Pago, por favor lea las siguientes reglas:

ESTAS REGLAS TIENEN QUE SER SEGUIDAS SIN EXCEPCIONES:

1. **LA CLINICA DE LA MAESTRA COMMUNITY HEALTH CENTERS DEBE SER NOTIFICADA INMEDIATAMENTE SI:**
 - a) Hay un cambio de ingreso de algún miembro de la familia dentro del hogar.
 - b) Algún miembro del hogar adquirió seguro médico de cualquier tipo.
 - c) Hay un cambio en el número de miembros de la familia en el hogar.
 - d) Hay un cambio de domicilio.

2. **DEBE DE PAGAR LA TARIFA CALCULADA POR CITA.**

La tarifa calculada debe ser pagada al momento del servicio. Si no puede pagar la tarifa, tendrá que firmar una nota promisorias y le enviaremos una factura por correo de parte de La Clínica De La Maestra. Las visitas que son más complejas de lo esperado originalmente, pueden resultar en un costo mayor. En estas situaciones, el costo y saldos resultantes, serán responsabilidad del paciente.

Yo, _____, he leído las reglas y acepto seguirlas. También comprendo que, si no cumplo con estas reglas, mi participación en el programa será cancelada.

Firma del Solicitante

Fecha

Firma de el Empleado de La Maestra

Fecha



AUTO-DECLARACIÓN DEL NUMERO DE INTEGRANTES EN EL HOGAR E INGRESOS

ELEGIBILIDAD AL PROGRAMA DE ESCALA VARIABLE DE TARIFAS DE PAGO:

Apreciamos la oportunidad que nos da de brindarle servicios de salud. Es necesario que le hagamos algunas preguntas personales para determinar su elegibilidad para nuestro Programa de Escala Variable de Tarifas de Pago, que puede resultar en descuentos en los servicios de salud proporcionados. Esta información es estrictamente confidencial y no puede ser compartida sin su autorización. Para poder calificar para el Programa de Escala Variable de Tarifas de Pago, deberá declarar sus ingresos anualmente o siempre que haya un cambio.

Por favor seleccione una de las siguientes opciones:

- He proporcionado comprobantes de ingresos y declaro que la cantidad de personas apoyadas en el hogar, incluyéndome yo mismo es _____.
- Yo declaro que no tengo documentación de mis impuestos, talones de cheques u otros comprobantes de ingreso. El ingreso mensual de mi familia es \$ _____ / () año. () mes. () semana. El número de personas en el hogar incluyéndome a mí es _____.
- Yo declaro que no tengo ningún tipo de ingreso y estoy recibiendo alojamiento y comida. El número de personas en el hogar incluyéndome a mí es _____.
- Me rehúso a proveer información financiera y entiendo que se me cobrará el pago total por los servicios médicos brindados.

AFIRMACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Afirmo y declaro que la información que he proporcionado a La Clínica de La Maestra es precisa y veraz a mi conocimiento. Comprendo lo siguiente:

Si he falsificado información intencionalmente, puedo ser descalificado del programa.

Si la información proporcionada cambia, debo volver a aplicar con información actual.

Es mi responsabilidad volver a determinar mi elegibilidad al Programa de Tarifas de Pago antes de la fecha de vencimiento.

FIRMA DEL PACIENTE

FECHA

RELACION AL PACIENTE