Livingstone Community Health Clinic

Descuento / Aplicacion de tarifas ajustables

Es la política de Livingstone Community Health Clinic (LCHC) para proporcionar servicios esenciales, independientemente de la capacidad del paciente para pagar. Los descuentos se ofrecen basados en ingresos y tamaño de la familia. El tamaño de la familia se define como el número de individuos que viven en una residencia que contribuyen o apoyan con el ingreso colectivo. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en LCHC pero no los servicios que se adquieren desde el exterior, incluyendo las pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos, rayos X interpretado por un radiólogo de consultorío y otros servicios similares. Si usted siente que esto puede ser un beneficio para usted y su familia, por favor complete esta aplicación y verificación de ingreso.

Informacion de la cabeza del hogar:

Nombre (Apeido,Primer nombre)	Seguro Social	Fecha de nacimento	Condado
Dirección	Ciudad, Estado, Codigo postal	Numero de celular	Numero de trabajo
# De personas que viven en el hogar	Estado civil Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado ☐ Separado ☐		

Información de ingreso: Por favor complete para todos los miembros y adultos del hogar que trabajan.
Prueba de ingreso (Declaración de impuestos o tres últimos talones de cheque) debe ser proporcionados a LCHC.

Persona con empleo	Nombre de compania	Ingreso (antes de impuestos)	Con qué frecuencia le pagan?
		$	Semanal ☐ Cada 2 Semanas ☐ Mensual ☐ 2 veces por mes ☐
		$	Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ 2 veces por mes ☐

Otras fuentes de ingreso (si es aplicable)

Pensión alimenticia	$	TANF	$	Pensión/jubilación	$
Manutención de los hijos	$	Discapacidad	$	SSI	$
Seguro Social	$	Desempleo	$	Otro	$

(TANF: Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, SSI: Seguridad de Ingreso Suplementario)

Información del hogar: Listar todos los individuos en el hogar, incluyendo la cabeza de familia.

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Edad	Ingreso	Empliado
				$	Si / No
				$	Si / No
				$	Si / No
				$	Si / No
				$	Si/ No
				$	Si / No

Aplicacion Medica ☐ Aplicacion Dental ☐

Al firmar a continuación, acepto que el personal de LCHC puede ponerse en contacto con cada empleador en la lista y / otras empresas para confirmar mis ingresos. Yo le proporcionaré a LCHC con el comprobante de ingresos para efectos del cálculo de mi descuento. Me pediran que vuelva a solicitar el programa sobre una base anual. Acuerdo a informar a LCHC si hay cambios en mis ingresos, tamaño del hogar, o la cobertura del seguro medico. Entiendo que ciertos servicios y / o artículos no se puede descartar. Estoy de acuerdo en pagar el copago en el momento de los servicios. Por lo presente certifico que la información que proporciono es correcta.

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Fecha de vigencia	
Ingreso total	
Descuento%	

STAFF USE ONLY