



Deaconess

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Clínicas de la Salud Rural

Información sobre Escala de Descuentos

Es la política del Sistema de Salud Deaconess, Inc. (*por su nombre en inglés* Deaconess Health System, Inc.) proveer servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. El Sistema de Salud Deaconess, Inc. ofrece descuentos basados en el tamaño de la familia y el ingreso anual.

Por favor complete la siguiente información y devuélvala al frente del escritorio para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

Este descuento aplicará para todos los servicios recibidos hoy en la clínica, pero no aquellos servicios o materiales adquiridos desde afuera, incluyendo pruebas de referencia de laboratorio, medicamentos, interpretación de rayos X por el asesoramiento de un radiólogo, y cualquier otro servicio. Usted puede llenar esta forma en cada visita a la clínica.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ NÚMERO DE CUENTA: _____

CALLE	CIUDAD	ESTAD	CÓDIGO	TELÉFONO

POR FAVOR ENLISTAR TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, INCLUYENDO AQUELLOS POR DEBAJO DE LOS 18 AÑOS.

	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
YO		
OTRA		
OTRA		
OTRA		
OTRA		

FUENTE	YO	ORTO	TOTAL
Salario bruto, salarios, propinas, etc.			
Ingresos por negocios y autoempleo			
Compensación de desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingreso de pensión o jubilación			
Intereses; dividendos; regalías, ingresos por alquiler, patrimonios, y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención de los hijos; asistencia de fuera del hogar; y otras fuentes diversas			
Ingreso total			

Yo declaro que la información del tamaño de la familia e ingreso anual descrita arriba es correcta.

Nombre
(en letra de
molde)

Firma

Fecha

--

OFFICE USE ONLY

Patient Name: _____

Approved Discount: _____

Approved by: _____

Date Approved: _____

VERIFICATION CHECKLIST	YES	NO
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or other		
Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other		
Unemployment compensation, worker's compensation, Social Security, Supplemental Security Income, veteran's payments, survivor benefits, pension or retirement income		
Interest, dividends, royalties, income from rental properties, estates, trusts, alimony, child support, assistance from outside the household, and other miscellaneous sources		

Si usted no es capaz de mostrar pruebas de ingresos, usted puede proporcionar una declaración firmada de ingreso.