

Patient Label or ID #

### Solicitud de Descuento de Tarifa Móvil

Es política de Access Carroll proporcionar servicios de salud esenciales independientemente de la capacidad del paciente para pagar en el momento del servicio. Access Carroll ofrece descuentos basados en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta instalación por Access Carroll, pero no a aquellos servicios o equipos comprados a entidades externas, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos, los servicios de radiología y los servicios de atención especializada. Debe completar este formulario cada 12 meses o si su situación financiera cambia. Complete la siguiente información para determinar la elegibilidad del servicio con descuento.

Fecha de Aplicación: \_\_\_\_\_

Nombre completo del paciente (Impreso): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Se requiere prueba de ingresos del hogar para verificar los descuentos. (Consulte la lista de documentos de prueba de ingresos). Solo las primeras visitas recibirán un descuento basado en la información verbal o parcial recibida. Todas las citas siguientes se cobrarán a la tarifa completa hasta que se verifique la elegibilidad del descuento con documentos de prueba de ingresos recibidos.

Por favor, enumere a todos los miembros del hogar, incluidos los menores de 18 años, con ingresos anuales o mensuales (especifique).

Use la parte posterior del formulario según sea necesario para obtener información adicional.

Nombre completo	Relación con el Solicitante	Fecha de Nacimiento	Fuente de Ingresos mensuales/ anuales	Verification Financiera del Personal
	Yo			

Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos que se muestra arriba es correcta.

Nombre Impreso del Paciente/Tutor \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

<p><b>THIS SECTION COMPLETED BY STAFF</b>      <b>STAFF NAME:</b> _____</p> <p>Eligibility Documents verified: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No      <b>Estimated Federal Poverty Level:</b> _____ %</p> <p>Discount Level: <input type="checkbox"/> Level A    <input type="checkbox"/> Level B    <input type="checkbox"/> Level C    <input type="checkbox"/> Level D    <input type="checkbox"/> Full Fee</p> <p><input type="checkbox"/> Patient instructed to bring in any required eligibility documents at next appointment or 100% full fees will be charged. Notes: _____</p> <p>Date Approved: _____ Re-determination Date: _____</p>
--

El Consejero Financiero me ha explicado mi responsabilidad financiera. Entiendo que debo proporcionar la documentación necesaria para continuar recibiendo servicios con descuento en Access Carroll. **Se me indicó que debo traer los documentos de elegibilidad requeridos en la próxima cita o deberé pagar tarifas completas. Se requiere elegibilidad para la renovación anualmente.**

Firma del Paciente/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_