



## SOLICITUD PARA SERVICIOS CON DESCUENTO

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Marque cada declaración que aplique a usted o a un miembro de su familia que también este en esta solicitud. Esta información no se utilizará para retener o negarle servicios a usted ni a su familia.

### I. PROGRAMA DE TARIFA VARIABLE

Siendo un Centro de Salud Calificado a Nivel Federal, Blue Ridge Health ofrece un programa de descuento de tarifa variable para aquellos que califiquen. **Usted puede recibir la tarifa con descuento incluso si tiene un seguro médico privado,** un seguro del mercado de salud, o Medicare, si es que la tarifa con descuento resulta ser menos que el costo que su seguro dicta que le toca pagar a usted por su propia cuenta. Si usted no es elegible para la escala variable, o si elige no aplicar por el plan de descuento, o no proporciona la información sobre el hogar y los ingresos, usted será responsable por la tarifa en su totalidad.

### II. VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD:

¿Cuántas personas viven en su hogar? \_\_\_\_\_

**Ingresos brutos:** Indique los ingresos brutos de su hogar (la cantidad \$ recibida antes de deducir los impuestos). Los ingresos del hogar incluyen a *todas las personas* del hogar.

Ingreso bruto combinado: \_\_\_\_\_ Frecuencia: \_\_\_\_\_

### ¿Cómo está proporcionando comprobante de ingresos?

- Talones de cheque
- W-2
- Carta
- Auto declaración
- Declaración de Seguro Social

**Consentimiento para la Solicitud de Servicios con Descuento**

Yo entiendo que esta información se utilizara para determinar la elegibilidad para el programa de descuentos de tarifa variable de Blue Ridge Health. Entiendo que el funcionario de Blue Ridge Health puede verificar la información en este formulario. Entiendo que la solicitud solo será válida por 6 meses a menos que se proporcione prueba de ingresos, la auto-declaración solo se puede aprobar una vez cada 12 meses. Certifico que la información proporcionada anteriormente es precisa y completa a mi leal saber y entender. En caso de un cambio en los ingresos o la cobertura del seguro, notificare a Blue Ridge Health en mi próxima cita. Entiendo que **seré responsable financieramente de toda o una parte de mi atención** y que **se me pedirá que haga el pago en el momento del servicio**.

Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para establecer la elegibilidad de mi familia para los servicios con descuento y doy mi consentimiento para divulgar mi información a las compañías farmacéuticas con fines de auditoria solo para los Programas de Asistencia al Paciente para Medicamentos en los que me pudiese inscribir. Entiendo que Blue Ridge Health utiliza un sistema llamado Oasis Insight o un registro de salud electrónico para ayudar a determinar la elegibilidad para tarifas variables y otros servicios y doy mi consentimiento para que la información anterior se aguarde en esos sistemas.

**Firma del Paciente:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del Empleado:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Descuento (A-E):** \_\_\_\_\_