Aplicación de Tarifas Móviles de Descuento

Es la política de la Familia de Empresas de Pediatric Associates proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen en función del tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y envíela por correo electrónico a SFSAPPS@pediatricassociates.com, o entréguela en la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia reúnen los requisitos para obtener un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica y a través de la telemedicina, pero no a aquellos servicios o equipos que se adquieran externamente, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos y la interpretación de radiografías por un radiólogo consultor y otros servicios similares. Para mantener su estatus, este formulario debe ser completado cada 12 meses o cada vez que su situación financiera cambie.

Es necesario verificar los ingresos. Se aceptan el formulario W-2 del año anterior, los dos últimos talones de pago, una carta de la empresa o el formulario 4506-T (si no se ha presentado el formulario W-2). Los trabajadores autónomos deben presentar los datos de los tres meses más recientes de ingresos y gastos de su(s) empresa(s). Los pacientes que no puedan presentar la verificación de ingresos en los formularios indicados anteriormente deberán presentar una declaración firmada de los ingresos y los motivos por los que no pueden presentar una verificación independiente.

Al inscribirse en este programa, da su consentimiento para que uno de nuestros representantes se ponga en contacto con usted por correo electrónico, teléfono o correo postal con el fin de estudiar su solicitud y su elegibilidad.

Aplicación de Tarifas Móviles de Descuento

Nombre de Padre/Madre/Tutor Legal:		**¿Paciente nuevo? SÍ NO**	
Dirección calle:	**Ciudad:**	**Estado:**	**Código Postal:**
Teléfono:	**Nombre del Paciente:**		
Nombre de Proveedor de Atención Primaria:	**Nombre de la Práctica:**		

Haga una lista de cónyuge y dependientes menores de 18 años.

Nombre:	**Fecha de nacimiento:**	**Nombre:**	**Fecha de nacimiento:**
Usted:		**Dependiente:**	
Cónyuge:		**Dependiente:**	
Dependiente:		**Dependiente:**	
Dependiente:		**Dependiente:**	

Ingresos Anuales de la Familia

Fuente	**Usted**	**Cónyuge**	**Otro**	**Total**
Salarios brutos, sueldos, propinas, etc.	$	$	$	$
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes	$	$	$	$
Compensación por desempleo, compensación a los trabajadores, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios a sobrevivientes, pensión o ingresos por jubilación.	$	$	$	$
Intereses, dividendos, rentas, royalties, ingresos procedentes de herencias, fideicomisos, ayudas a la educación, pensiones alimenticias, manutención de los hijos, ayudas externas al hogar y otras fuentes diversas.	$	$	$	$
Ingresos totales:	$	$	$	$

Nota: Es posible que se soliciten copias de las declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe el descuento

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que figura más arriba es correcta.		
Nombre (en letra de imprenta):	**Firma:**	**Fecha:**

Solo para Uso Oficial

Descuento Aprobado:	
Aprobado por:	
Fecha de aprobación:	

Lista de verificación:	**Identificación/Dirección: Licencia de conducir, facturas de servicios públicos, identificación de empleo, u otro**	
	Ingresos: Declaración de la renta del año anterior, los tres últimos recibos de sueldo u otros.	
	Seguros: Tarjetas de seguro	

Aplicación de Tarifas Móviles de Descuento