

## PROGRAMA DE DESCUENTO

El Programa de Descuento se basa en la cantidad de ingreso recibido y número de personas que viven en el hogar. **El descuento será aplicado para los servicios médicos, farmacéuticos, salud de comportamiento, dental, terapia física y terapia ocupacional provistos solamente en el Family Health Center, Inc.**

**Family Health Center, Inc. cobrará un pago mínimo al momento de servicio. Por favor esté consciente que se le cobrará el resto después de que sean provistos los servicios.** Además, DIU – aparatos intrauterinos, el Kit de Norplant, Lupron, coronas y dentadura postiza no son elegibles para el Programa de Descuento. Si tiene más preguntas, por favor comuníquese con el Departamento de Cuentas.

Usted debe completar una aplicación para el Programa de Descuento y traer su comprobante de ingreso. Si el comprobante presentado no pertenece al paciente, la persona o personas en el hogar tienen que venir con una identificación con foto durante el proceso de aplicación. **Si no tiene comprobantes de ingreso durante la visita médica, se le otorgará 30 días para completar y regresar con esta información. De otro modo no recibirá el descuento y será responsable de TODOS los cargos. El Plazo de 30 días solamente será honrado en la fecha que le fue otorgado para medicamentos prescritos por los proveedores de salud del Family Health Center el día de la visita médica.** Los comprobantes de ingreso pueden ser: dos talones de cheque quincenales o cuatro talones de cheque semanales, declaración de beneficios del seguro social o incapacidad, declaración de beneficios de desempleo o cualquier forma de ingreso. Si no tiene ingresos, puede usar los documentos de la oficina de desempleo, o una carta con membrete aceptable de un pastor/ministro que diga que no tiene empleo y no tiene ingreso.

La certificación para el Programa de Descuento se realizará una vez al año. Se les requiere notificar al Family Health Center, Inc. si hay cualquier cambio en ingreso.

---

**He leído y entiendo la información del Programa de Descuento. Entiendo que:**

- 1. Family Health Center, Inc. cobrará un pago mínimo al momento del servicio.**
- 2. Se me cobrará el resto después que los servicios sean provistos.**
- 3. Debo completar una aplicación para el Programa de Descuento y traer comprobantes de ingreso con una identificación con foto.**

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento.: \_\_\_\_\_

Nombre de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_

Firma de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO (Página 1 de 3)**

Family Health Center, Inc. ofrece el Programa de Descuento para las personas que ganan entre 0% y 200% del nivel nacional de pobreza. Favor de llenar la aplicación y proporcione identificación para determinar la elegibilidad para el programa.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Nombre de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_  
(Si es diferente a el paciente) (Apellido) (Nombre) (Inicial del Segundo Nombre)

Fecha de Nacimiento de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_ # de SS \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Dirección de Empleador: \_\_\_\_\_

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

Yo certifico que la información en esta aplicación es verdadera. Estoy de acuerdo que cualquier información engañosa o falsificada, y/o omisiones pueden descalificarme del Programa de Descuento en el futuro y me sujetará a penalidades bajo las Leyes Federales. Si mi aplicación es aceptada para el Programa de Descuento obtenida por medio de esta aplicación, cumpliré con todas las reglas y requisitos del Family Health Center, Inc.

Nombre de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_

Firma de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO (Página 2 de 3)

Número de Personas en el Hogar: \_\_\_\_\_

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Nombre de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_

Firma de Parte la Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO (Página 3 de 3)**
Esta sección debe ser completada por el personal del Family Health Center.

Tipo de Ingreso (Adjunte comprobantes de ingreso)	Cálculos de Ingreso
Saldos, Salarios, Comisiones o Tarifas (talones de cheque, declaración federal de impuestos)	
Pagos de Seguro Social o de Incapacidad	
Asistencias Públicas	
Beneficios de Desempleo	
Pensión del Gobierno o Beneficios para Veteranos	
Pensión Alimenticia o Manutención de Niños	
Otro Ingreso	
<b>Total de Ingreso Anual</b>	

**No Ingreso:** Documentación de la oficina de Desempleo      Carta con Membrete aceptable de un pastor /ministro  
 Otra documentación (Especifique: \_\_\_\_\_)

Categoría del Programa de Descuento:	A	B	C	D
% del cobro de servicios provistos (Medico):	\$15	25%	50%	75%
% del cobro de servicios provistos (Dental):	\$50	50%	65%	75%
% del cobro de servicios salud de comportamiento (SC):	\$50	50%	65%	75%
% del cobro de servicios provistos (Terapia fisica y O):	\$25	50%	65%	75%

Certificado Por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Esta aplicación está activa **Desde:** \_\_\_\_\_ **Hasta:** \_\_\_\_\_

(Fecha para volver a certificar es un Año con ingreso después de la certificación inicial)

**He leído y entiendo la información del Programa de Descuento. Entiendo que:**

1. Family Health Center, Inc. cobrará un pago mínimo al momento del servicio.
2. Se me cobrará el resto después que los servicios sean provistos.
3. Debo completar una aplicación para el Programa de Descuento y traer comprobantes de ingreso con una **identificación con foto.**

Nombre de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_

Firma de la Parte Responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_