



Corporate Office

1600 East 32nd Street - Silver City, NM 88061
 575-538-2981 Toll Free 866-538-2981 Fax 575-388-3373
www.silverhealthcare.org

APLICACIÓN DE DESCUENTOS DE TARIFA DESPLAZABLE

La política de Silver Health CARE, PC es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen según el tamaño de la familia y el ingreso anual. Completar la siguiente información y devuelva (con la documentación correspondiente) a Silver Health CARE cualquier miércoles entre las 9:00 AM y las 11:00 AM para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

Toda la documentación solicitada adicional debe enviarse dentro de las dos semanas posteriores a la recepción de la solicitud o esta solicitud ya no se considerara valida y el paciente será responsable de todos los cargos por los servicios recibidos durante este periodo de tiempo.

El descuento se aplicara a todos los servicios recibidos en Silver Health CARE, pero no a los servicios o equipos adquiridos desde el exterior, incluidas pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos e interpretación de rayos x por un radiólogo asesor, y otros servicios similares.

Este formulario debe completarse cada 6 meses o si u situación financiero cambia.

Nombré del Jefe de Familia			Lugar de Empleador	
Direccione de Envio	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Telefono

Por favor indique cónyuge y dependientes menores de 18 años:

Nombré	Fecha de Nacimiento	Nombré	Fecha de Nacimiento
Yo		Esposo (Esposa)	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	

Ingreso del Hagar:

Fuente	Yo	Esposo (Esposa)	Otro	Totales
Sueldos brutos, salaries, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensaciones de desempleo, compensación de trabajadores, seguridad social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, presión o ingresos de jubilación				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de fincas, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia externa al hogar y otras fuentes diversas				
Ingresos Totales				

Nota: Copias de certificado de nacimiento, tarjeta de Seguro Social, licencia de conducir, declaraciones de impuestos de año anterior, tres meses más recientes de recibos de sueldo y/o otra información que verifique los ingresos serán necesarios antes de que se apruebe un descuento. Si no se proporciona toda la documentación de ingresos solicitada, se cancelara el descuento.

Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos que se muestran arriba están completos y son correctos. También proporcione toda la documentación solicitada que se detalla a continuación.

Nombre (Imprimir): _____ Fecha: _____

Firma: _____

Solo Uso de Oficina

Fecha de Recepción: _____ Recibido por: _____

Comentarios: _____

Fecha Aprobada: _____ Aprobado por: _____

Descuento aprobado: _____ Fecha de Vigencia: _____

Lista de Verification	Sí	No
Identificación/Dirección: Licencia de conducir, certificado de nacimiento, facture de servicios públicos, identificación del inmueble, tarjeta de Seguro Social o otra.		
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, tres meses más recientes de recibos de sueldo u otros		
Seguro: Tarjetas de seguro		
Medicaid: Solicitud presentada o evidencia de rechazo		
Otra Información (Especificar):	Fecha Limite	Iniciales Defacturacion