



Solicitud del programa de descuento

Es política de Central Florida Health Care, Inc. (CFHC) brindar servicios definidos dentro de nuestro alcance independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos. El descuento se aplicará a los servicios recibidos en nuestras clínicas, pero no cubrirá aquellos servicios adquiridos fuera de nuestras clínicas.

Complete la siguiente información a continuación para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para nuestro programa de descuento. Los descuentos se aplican durante 365 días a partir de la fecha de aprobación y se volverán a evaluar cada 365 días después de eso. CFHC volverá a evaluar los niveles de ingresos de los pacientes cada vez que haya un cambio en su estado de pago durante el año.

La familia se define como un grupo de dos o más personas relacionadas por nacimiento, matrimonio, adopción y/o convivencia. La residencia para considerar para establecer el tamaño de la familia será la ubicación de la familia colectiva.

A continuación, Enumere los miembros de su hogar:

Nombre	Fecha De Nacimiento	Relacion	Edad
		USTED	
		ESPOSA (O)	

A continuación, Enumere sus ingresos:

Como Centro de Salud Comunitario, CFHC está obligado por ley a obtener prueba de ingresos para nuestros registros. Prueba de ingreso incluye ingresos de todas las fuentes para los adultos mencionados anteriormente. Las fuentes de ingresos incluyen, pero no se limitan a: salarios brutos, propinas, seguro social, discapacidad, pensiones, anualidades, pagos de veteranos, ingresos de trabajo por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención de niños, servicio militar, ayuda pública por desempleo y cualquier otra fuente de ingresos excluyendo los beneficios no monetarios. Solicite a su centro CFHC una lista de documentación aceptable de ingresos.

Ingresos del hogar (complete una columna): los ingresos del hogar deben incluir a usted, su cónyuge, los dependientes mayores de 18 años y cualquier otro miembro del hogar mayor de 18 años.

	Anual	Mensual	Cada 2 semanas	Semanal
Usted				
Espos(a)				
Dependientes mayores de 18				
Dependientes mayores de 18				
Dependientes mayores de 18				
Total				

Se requiere una evaluación financiera para determinar para qué descuento usted y su familia pueden calificar según el tamaño de su hogar y sus ingresos. Si no tiene la información necesaria disponible, tendrá 30 días para proporcionar formas adicionales de documentación de ingresos para seguir siendo elegible para el programa SFDS. Si no se recibe la documentación dentro de los 30 días, usted será responsable del 100 % de todos los cargos incurridos desde la fecha de esta solicitud hasta que se proporcione dicha documentación.

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcto

Nombre impreso del paciente / Tutor

Fecha de aplicación

Firma del paciente / Tutor

Patient ID# (Staff to Complete)

Formulario de Reconocimiento Del Programa De Descuento

Nombre Del Tutor Legal:	Nombre Del Paciente:	Fecha De Nacimiento:	Identification Del Paciente #:
-------------------------	----------------------	----------------------	--------------------------------

En base a la información anterior, el personal de CFHC ha determinado preliminarmente que su clasificación de descuento de tarifa es:

A CONTINUACION EL PERSONAL MARCARÁ CON UN CÍRCULO UNA DE LAS CATEGORÍAS

Clasificación de pagos con su descuento	Pago nominal / mínimo Servicios dentales / OB	Pago nominal mínimo médico, ginecólogo, salud mental y Óptica	Pago nominal de laboratorio por visita	Pago nominal para los Rayos X	Pago mínimo por servicios de nutrición	Pago nominal para ASD evaluación del desarrollo	Criterio de su ingreso
Tarifa A* 0%	\$50.00	\$25.00	\$25.00	\$15.00	\$5.00	\$116 Por Hora	En o Por Debajo 100% FPG**
Tarifa B* 25%	\$50.00	\$25.00	\$35.00	\$15.00	\$5.00	\$141 Por Hora	101-150% FPG**
Tarifa C* 50%	\$50.00	\$25.00	\$35.00	\$15.00	\$5.00	\$141 Por Hora	151-175% FPG**
Tarifa D* 75%	\$50.00	\$25.00	\$35.00	\$15.00	\$5.00	\$141 Por Hora	176-200% FPG**
Tarifa E* 100%	100%	100%	\$35.00	\$15.00	100%	\$141 Por Hora	201% O Por Encima FPG**

Las tarifas nominales son un monto único que se paga por cada visita se pagara cuando se registra para su cita y cualifique para el descuento. Tarifa A*0%. La tarifa B, C y D tienen un pago mínimo que se espera pagar al momento de Registrarse. Se aplican cargos fijos o adicionales a los servicios, es decir, (prótesis dentales, anteojos y monturas, etc.)

Por la presente reconozco que se me ha explicado el programa de descuento, incluidos los cargos y las condiciones de pago. Estoy de acuerdo con la clasificación que se me ha asignado. También entiendo que la oficina de facturación de CFHC revisará toda la documentación proporcionada y confirmará la elegibilidad para la clasificación.

Firma Del Tutor

Fecha

La fecha de vencimiento esperada del programa de descuento y la clasificación que se me ha asignado es (365 días) un año a partir de la fecha de esta solicitud.

Central Florida Health Care Inc. es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades. CFHC Inc. no brinda tratamiento preferencial a ningún paciente. CFHC Inc. brinda servicios preventivos y médicos primarios, dentales, de la vista, de salud mental y nutricionales a pacientes elegibles, independientemente de su "CAPACIDAD DE PAGO". Todo paciente tiene derecho a buscar servicios en CFHC Inc. libre de toda forma de discriminación. Todos los pacientes serán tratados sin distinción de edad, sexo, color, religión, raza, origen nacionalidad, ciudadanía, estado de veterano, estado militar o familiar actual o futuro, orientación sexual, identificación de género, estado civil y discapacidad física o mental, legal fuente de ingresos o cualquier otra condición protegida por las leyes.