



Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Móvil

Válido del 20 de marzo de 2025 al 19 de marzo de 2026

Es la política del Servicio de Salud Familiar del Condado de Erie proporcionar atención primaria centrada en el paciente, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen en función de los ingresos totales del hogar y el número de personas que viven en el hogar. Se utiliza un programa de tarifas móviles para calcular el descuento básico y se actualiza cada año utilizando las pautas federales de pobreza.

Una solicitud **completa** que incluya la verificación de ingresos debe estar archivada y aprobada por la oficina comercial antes de que se aplique un descuento.

INFORMACIÓN PERSONAL

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____
MM DD AAAA

Domicilio: _____ Dirección postal: _____

Ciudad/ Código Postal: _____ Ciudad/Código Postal: _____

Número de teléfono: (Inicio) _____ Número de teléfono: (Celular) _____

¿Eres un estudiante universitario menor de 23 años que vive en casa con tus padres? **Sí No**

INFORMACIÓN SOBRE EL TAMAÑO DEL HOGAR – Personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas.

- Cualquier miembro de 18 años de edad o más que resida en el hogar debe proporcionar prueba de ingresos.**

1. Nombre/Relación	Edad	2. Nombre/Relación	Edad
3. Nombre/Relación	Edad	4. Nombre/Relación	Edad
5. Nombre/Relación	Edad	6. Nombre/Relación	Edad
7. Nombre/Relación	Edad	8. Nombre/Relación	Edad

INFORMACIÓN FINANCIERA

Pro pio	Esposo	NOMBRE DEL TELÉFONO DEL EMPLEADOR #	FECHA DE INICIO	FECHA DE FINALIZACIÓN	CON QUÉ FRECUENCIA SE PAGA

CUADRO RESUMEN DE INGRESOS

Fuentes	Total de hogares Renta	Documentos aceptados
Salario		Última declaración de impuestos federales o últimos dos talones de cheque de pago antes de la fecha de firma en esta solicitud.
Ingresos por intereses/dividendos		Banco, cooperativa de crédito, estado de cuenta de ahorros o 1099.
Trabajo por cuenta propia; Ingresos por alquiler		Estado de ingresos y gastos del ejercicio en curso.
Asistencia Pública, Seguridad Social/Seguridad Suplementaria, Cupones de Alimentos		Carta(s) de adjudicación que enumera el monto recibido en el año en curso. Si recibe más de uno, agréguelos.
Compensación por desempleo		Carta de concesión de beneficios de compensación por desempleo para el año en curso.
Compensación al Trabajador		Carta de concesión de beneficios de compensación al trabajador para el año en curso.
Manutención de los hijos, pensión alimenticia		Decreto de divorcio que indique la manutención de los hijos o la pensión alimenticia recibido.
Ingresos de jubilación		Carta suministrada por el administrador del sistema con el monto del beneficio mensual para el año en curso.
Pagos de veteranos		Carta suministrada por la administración de veteranos con monto del beneficio mensual para el año en curso.
Asistencia de familiares o amigos		Una declaración notariada de familiares o amigos que explique cualquier ayuda financiera que te den.
Otros ingresos (Especificar)		
TOTAL		

AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS – Por favor, proporcione tanta información como sea posible sobre por qué no puede proporcionar prueba de ningún ingreso. Es decir, trabajó en trabajos ocasionales por dinero en efectivo; comenzó nuevos negocios.

Entiendo que toda la información proporcionada puede ser confirmada por los Servicios de Salud de la Familia. También entiendo que proporcionar información falsa se considera fraude y resultará en una denegación de la solicitud del Programa de Escala de Tarifa Móvil y que seré responsable del pago de los cargos por los servicios prestados.

Firma del solicitante (requerido): _____ **Fecha:** _____

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD: SOLO PARA USO EN LA OFICINA

Ingreso Bruto Anual: \$ _____

☐ Solicitud aprobada

☐ Solicitud denegada

Número de brasas: _____

M del hogar: _____

Se le facturará por:

Servicios médicos y BH

☐ Nivel 1 - \$20

☐ Nivel 2 - \$40

☐ Nivel 3 - \$60

☐ Nivel 4 - \$80

☐ **Sin descuento** : \$150 adeudados en el momento del servicio, se le facturará al paciente por el resto del saldo

Servicios Dentales

☐ Nivel 1 - \$20/\$80/\$800

☐ Nivel 2 - \$60/\$120/\$900

☐ Nivel 3 - \$100/\$200/\$1,000

☐ Nivel 4 - \$120/\$240/\$1,100

☐ **Sin descuento** : \$150 adeudados en el momento del servicio, se le facturará al paciente por el resto del saldo

Visitas de enfermera

☐ Nivel 1 - \$10

☐ Nivel 2 - \$15

☐ Nivel 3 - \$20

☐ Nivel 4 - \$25

☐ **Sin descuento**: \$30 adeudados en el momento del servicio, se le facturará al paciente por el resto del saldo

Visitas al dietista:

☐ Nivel 1 - \$0

☐ Nivel 2 - \$10

☐ Nivel 3 - \$20

☐ Nivel 4 - \$30

☐ **Sin descuento**: \$40 adeudados en el momento del servicio, se le facturará al paciente por el resto del saldo

Procesado por: _____

Fecha: _____

DECLIVE Y PROGRAMA DE ESCALA DE TARIFA ÓVIL

Es la política de servicio de Salud Familiar (FHS) proporcionar todos los recursos disponibles para el pago de servicios médicos, de salud conductual y dentales. Los pacientes que pueden ser elegibles para la cobertura a través de seguro de enfermedad o seguro Médico Del Estado, pero **se niegan** a cooperar con un defensor financiero en la solicitud de dichos programas o no cumplen con los procesos de elegibilidad establecidos **no serán elegibles para** recibir asistencia financiera para ese episodio de atención.

Estoy rechazando los servicios de solicitud de inscripción ofrecidos por servicio de Salud Familiar y entiendo que al declinar puedo no ser elegible para recibir asistencia financiera.

Firma del solicitante (requerido): _____ **Fecha:** _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____

SOLICITUD PENDIENTE - SOLO PARA USO EN OFFICE

- Cualquier solicitud pendiente de información faltante requerida para procesar la solicitud solo se retendrá durante 30 días. Después de los 30 días, los solicitantes deberán volver a presentar su solicitud.

La solicitud está pendiente debido a la presentación incompleta o no de: Completado en: _____

☐ Comprobante de ingresos: _____

☐ Solicitud incompleta: _____

☐ Otros: _____

Procesado por: _____ Fecha: _____