

NeoMed Center, Inc.

Solicitud del Programa de Tarifas de Descuento

Es la política de NeoMed Center, Inc., proporcionar servicios esenciales, independientemente de la capacidad para pagar del paciente. Se ofrecen descuentos a base del tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor complete la siguiente información en la aplicación y devuélvala a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en NMCI, pero no los servicios o equipos que se adquieren en el exterior directamente por paciente, por ejemplo las pruebas de referencia de laboratorio, medicamentos y la interpretación de la radiografía por un radiólogo de consultoría y otros servicios similares. Este formulario debe ser completado cada 6 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre de Jefe de Familia:		Lugar de Empleo:		
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono

Por favor enumerar cónyuge y dependientes menores de 18 años.

Nombre	Fecha de Nac.	Nombre	Fecha de Nac.
Jefe de Familia		Dependiente	
Cónyuge		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	

Ingreso Anual del Hogar

Fuente	Jefe de Familia	Cónyuge	Otros	Total
Salarios brutos, salarios, propinas, etc.				
Ingresos por negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación por incapacidad laboral (Fondo), Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguro Social, Asistencia pública (solo la porción de efectivo), Pagos (Compensación o Pensión) de Veteranos, Beneficios por Sobreviviente, Pensión o ingresos de jubilación				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, rentas de fincas, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia por cónyuge, pensión alimenticia por niño(S), asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas				
Ingresos totales				

NOTA: Las copias de las planillas de contribuciones, talonarios de pago, o información de verificación de otros ingresos pueden ser requeridos antes que un descuento es aprobado.

Yo certifico que la información del tamaño familiar y los ingresos que se muestran arriba es correcta.

Nombre			
Firma		Fecha	

Sólo uso de oficina

Nombre de Paciente:				
Descuento Aprobado				
Aprobado por:				
Fecha de Aprobación:				
Lista de verificación			Si	No
Identificación/Dirección: Licencia de conducir, factura de servicios públicos, Identificación del empleo, u otra				
Ingresos: planillas de contribuciones del año previo, tres talonarios de pago más recientes, u otro				
Seguro: Tarjetas de Plan(es) Medico(s)				