



P.O. Box 1978
 Salisbury, MD 21802-1978
 Office 410-749-1015 Fax 410-749-1020

*POR FAVOR DE REGRESAR APLICACION INMEDIATAMENTE
 PARA GARANTIZAR LA CORRECTA CONTABILIZACION DE CUENTA*

SOLICITUD DE ESCALA MOVIL DE HONORARIOS

" LETRA DE MOLDE POR FAVOR"

Fecha: ____ / ____ / ____

Nombre Del Paciente: _____

Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____ SS#: _____

Persona Responsable: _____

Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____ SS#: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Empresario: _____ Dirección: _____

Años Empleado: _____ Salario: _____ Teléfono De Trabajo: _____

Nombre de Esposo(a): _____

Fecha De Nacimiento: ____ / ____ / ____ SS#: _____

Empresario: _____ Dirección: _____

Años Empleado: _____ Salario: _____ Teléfono De Trabajo: _____

Nivel de Calificación: Nominal 25% 50% 75%

Favor liste los miembros de la familia (esposo, esposa, niños menores de 18 años) que declara en sus impuestos.
 (Prueba de ingresos para todos los miembros de la familia declarados, tienen que ser entregados dentro de 7 días
 ó en su proxima cita, cualquiera que sea primero.)

Nombre	Relación	Fecha De Nacimiento	Empresario	Salario	SS #

Comentarios: _____

Usted ha solicitado por Asistencia Medica: Si No

Si elegible, por favor proveer el número
Del Miembro de Asistencia Medica #:

Usted ha solicitado por MCHP? Si No

Usted tiene una tarjeta de farmacia por el Estado De Maryland: Si No

Si tiene, listar número de identificación : _____

Por favor note que todas las solicitudes deben actualizarse anualmente.

SI USTED NO TIENE SEGURO, POR FAVOR PIDA AYUDA DEL CONSEJERO DE APLICACIONES.

Yo certifico bajo pena de perjurio que las declaraciones anteriores son verdaderas,
correcta y completa a mi mayor saber y entender.

Firma de solicitante o garantizador

Fecha

Has patient been referred to the Application Counselor? Yes No

Medical Receptionist Printed Name: _____

Medical Receptionist Signature: _____ Date: _____

Documentos que se aceptan como Prueba de Ingresos (POI)

- Talones de pago (4 si le pagan semanal, 2 si le pagan cada 2 semanas)
- El formulario de Impuestos W2
- El reembolsos de Impuestos (Linea 22)
- Seguro Social (Empleados: LEA el contenido de la carta)
- Estado de Cuentas que muestre los Depositos Directos del Empleador
- Pagos de Desempleo (por 6 meses)
- Carta del empleador

Documentos No Requeridos:

- Ingresos por Decapacidad
- Manutención De Los Hijos
- Compesación de Trabajadores
- Asistencia Temporal en Efectivo
- SSI (siglas en Ingles) Ingreso Supplemental del Seguro Social
- Discapacidad del Seguro Social



P.O. Box 1978
Salisbury, MD 21802-1978
Office 410-749-1015 Fax 410-749-1020

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD FINANCIERA DEL PACIENTE (Statement of Patient Financial Responsibility)

Gracias por escoger Chesapeake Health Care (CHC) para sus necesidades médicas. Estamos honrados por su elección y estamos dedicados a proveerle servicios médicos de alta calidad. Le pedimos que lea la siguiente información para que entienda nuestra poliza sobre el descuento de escala que ofrecemos, como sigue.

Por favor sea consciente que CHC espera la información que nos provea para aplicar para la escala móvil de honorarios sea cierta, completa y exacta. La información que usted provee sobre el tamaño de su familia (i.e. como la composición familiar que sería declarado en la declaración de la renta para el Servicio de Rentas Internas) y el ingreso familiar, de todas las fuentes (ej. ingresos, beneficios de Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, beneficios de desempleados, etc.) tienen que ser correcta al mejor de su conocimiento. CHC puede pedir información adicional, si necesario, para determinar elegibilidad. Usted es responsable de notificarnos inmediatamente de cambios en seguro, ingreso o tamaño de la familia.

CHC depende de la información sobre su situación financiera y sus medios y habilidades para pagar para determinar el descuento aplicable por los servicios que proveemos a usted.

Por lo tanto, si CHC tiene razón de sospechar que la información que usted nos dio es falsa, incompleta o errónea o que usted no ha notificado cambios, CHC puede iniciar una revisión de su estatus financiero. Si usted es encontrado de proveer información falsa, usted puede ser cobrado por algunos descuentos que ha recibido y posiblemente pierde elegibilidad de la escala móvil de honorarios.

Información de contacto para las consejeras de aplicaciones:

Francina Jones
Consejera Certificada de Aplicaciones
fjones@chesapeakehc.org
Celular: 443-397-3980
Princess Anne Sitio: 410-651-1000, Ext. 1350

Deirdrie Givens
Consejera Certificada de Aplicaciones
dgivens@chesapeakehc.org
Celular: 443-397-3906
Woodbrooke Sitio: 410-546-6650, Ext. 1138

Carlene Wells
Consejera Certificada de Aplicaciones
cwells@chesapeakehc.org
Celular: 443-754-5192
Healthway Site: 410-219-1100, Ext. 1025

Firma de candidato

Fecha

Nombre de candidato en letra de molde

Fecha de nacimiento



P.O. Box 1978
 Salisbury, MD 21802-1978
 Office 410-749-1015 Fax 410-749-1020

AUTODECLARACIÓN DE INGRESOS / NO INGRESOS
 (Self Declaration of Income / No Income)

Yo, _____, _____ por la presente
 (Nombre de paciente – *escriba en letra de molde*) (Fecha de nacimiento)
 declaro que el ingreso familiar es \$ _____ (marque uno: por semana,
 por mes, por año), y que hay _____ miembros viviendo en mi casa.

SI USTED NO TIENE SEGURO, POR FAVOR PIDA AYUDA DEL CONSEJERO DE APLICACIONES.

Entiendo que mediante la firma de esta declaración, mis honorarios para la visita de hoy pueden ser reducidos. Para ser elegido para recibir los honorarios reducidos continuamente, entiendo que tengo que proveer una ‘solicitud de escala móvil de honorarios’ y documentación aceptable de prueba de ingreso a CHC. (Favor véa "Documentos que se Acéptan como Prueba de Ingreso" en la pagina 2 de la Aplicación de Escala de Descuento.)

Entiendo que firmando esta declaración propia de "no ingreso", me cobrarán el pago minimo por los servicios.

Entiendo que verificare cualquier cambio en mis ingresos en cada visita a cualquiera de las oficinas del centro de salud.

 Firma de Paciente/Padre/Tutor Legal, si un menor

 Firma de testigo

 Nombre de Paciente/Padre/Tutor Legal, si un menor
 (en letra de molde)

 Nombre de testigo (en letra de molde)

 Fecha

 Fecha