



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
 (APPLICATION FOR SLIDING FEE SCALE)**

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (FOR OFFICE USE ONLY)

_____ Verify SS# on Maryland Medicaid EVS Website (if applicable) _____
 (Initial)

_____ Not Eligible at Time of Service – Print Out Sheet & Attach _____
 (Initial)

“ POR FAVOR IMPRIMA ”

Fecha: ____/____/____ Número de Seguro Social del Paciente #: _____

Nombre Del Paciente: _____ Fecha De Nacimiento Del Paciente: ____/____/____

Persona Responsable / Nombre del Cónyuge: _____

Persona Responsable / Fecha de Nacimiento del Cónyuge: ____/____/____

Persona Responsable / Número de Seguro Social del Cónyuge: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

Usted, o el paciente que representa, ¿tiene seguro médico o dental? Si No

Si su respuesta es Sí, por favor muéstrole su tarjeta del seguro médico o dental al representante de recepción.

Usted ha solicitado por Asistencia Medica? Si No

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

Es usted residente de Maryland? Si No

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

Usted ha solicitado por MCHP (Programa de Salud para Niños de Maryland)? Si No

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

Si tiene, listar número de identificación: _____

La elegibilidad para la asistencia financiera de la escala de tarifa variable de Chesapeake Health Care se basa en los niveles de ingresos en relación con las pautas federales de pobreza que se publican anualmente y la cantidad de personas que viven en su hogar. Ciertas fuentes de ingresos están excluidas del cálculo del ingreso de los hogares (Vea la información siguiente).

Enumere los siguientes MIEMBROS de su hogar (yo, cónyuge, pareja, e hijos, incluidos hijastros e hijos legalmente adoptados, hasta los 18 años de edad) y una lista de TODOS los ingresos obtenidos por los miembros enumerados.

(La prueba de ingresos para todos los en la lista, debe devolverse dentro de los 7 días o en la próxima cita programada, lo que ocurra primero.)

Nombre	Relación	Fecha De Nacimiento	SS # (si aplicable)	Ingresos Anuales
	Yo			

Comentarios: _____

Si algún miembro de la familia tiene ingresos financieros que se utiliza para calcular la elegibilidad para la escala móvil de tarifas, por favor marque la casilla de abajo y la casilla correspondiente que indique los Medios de Apoyo.

Certifico que todos los miembros de mi hogar **NO TIENEN INGRESOS**.

Por favor note que todas las solicitudes deben actualizarse anualmente.

Documentos que se aceptan como Prueba de Ingresos (POI):

- Talones de pago (mínimo: un comprobante de pago)
- El formulario de Impuestos W2
- Planilla De Impuestos #1040 (Linea 22)
- Planilla De Impuestos #1040A (Linea 15)
- Planilla De Impuestos #1040EZ (Linea 4)
- Seguro Social (Empleados: LEA el contenido de la carta)
- Pagos de Desempleo (por 6 meses)
- Carta del empleador

Si no tiene ingresos, marque los medios de apoyo (quien le da sostenimiento)

- Ingresos por Decapacidad
- Manutención De Los Hijos
- Compesación de Trabajadores
- Asistencia Temporal en Efectivo
- SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad)
- Discapacidad del Seguro Social
- Otro _____

Por favor responda las siguientes preguntas de la encuesta:

La tarifa nominal de Chesapeake Health Care para servicios médicos y de Salud Mental es de \$ 25. Siente que este cargo es (por favor marque uno de las opciones): Regular / Adecuado Demasiado caro Me impediría buscar atención médica. Si marca "Demasiado caro o me impediría buscar atención médica", brinde su opinión acerca de una tarifa apropiada: \$ _____

La tarifa nominal de CHC para servicios dentales básicos, preventivos y servicios mayores es de \$ 40, \$ 60 y \$ 85, respectivamente. Siente que estos cargos son (por favor marque uno de las opciones): Regular / Adecuado Demasiado caro Me impediría buscar atención dental. Si marca "Demasiado caro o me impediría buscar atención dental", brinde su opinión acerca de una tarifa apropiada: \$ _____

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

Firma de solicitante o garantizador

Fecha

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

(FOR OFFICE USE ONLY)

Has patient been referred to the Certified Application Counselor (CAC)?

Yes

No

Please write name of CAC: _____

Monthly: _____ X 12 = _____
in Household Gross 12 mo. Total Amount

Weekly: _____ X 52 = _____
in Household Gross 52 weeks Total Amount

Bi-Weekly: _____ X 26 = _____
in Household Gross 26 weeks Total Amount

Qualifying Level:

Nominal

Level I

Level II

Level III

Medical Receptionist Printed Name: _____

Medical Receptionist Signature: _____ Date: _____



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 póliza 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. 1301

Deirdrie Givens
Consejera Certificada de Aplicaciones
dgivens@chesapeakehc.org
Celular: 443-397-3906
Woodbrooke OB/GYN Sitio: 410-546-2424, Ext. 1887

Carlene Wells
Consejera Certificada de Aplicaciones
cwells@chesapeakehc.org
Celular: 443-754-5192
Phillip Morris Dr. Sitio: 410-548-1747, Ext. 1535

Abigail Cho
Consejera Certificada de Aplicaciones
acho@chesapeakehc.org
Celular: 443-754-5193
Woodbrooke Adult Sitio: 410-546-6650, Ext. 1114

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESCUENTOS DE LABORATORIO
(INFORMED CONSENT FOR REDUCED LAB FEES)

" IMPRIMA POR FAVOR "

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___

Yo le doy consentimiento a Chesapeake Health Care que me hagan estudios de laboratorios. Yo entiendo que voy a recibir los estudios a un precio reducido si yo pago por los estudios el mismo día que son hechos. Si en el día de los estudios **NO** he pagado por ellos yo entiendo que voy a recibir una cuenta de parte de LabCorp a un precio más alto. Si yo tengo cobertura de seguro medico, tal vez tendré que cumplir con un deducible. Si confirmación adicional es necesaria, reflejo, o hay que ayadir otra prueba que se considere necesaria por Labcorp o mi proveedor, entiendo que mi cuenta se cobrará por esto/estos exámenes en la tasa de descuento.

Paciente ó Guardian Legal – *favor emprima*

Firma del Paciente o Guardián Legal

Fecha

CHC Testigo– *favor emprima*

Firma de Testigo de CHC

Fecha