



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 muéstrele 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 9) **(ingreso total)**
- Planilla De Impuestos #1040SR (Linea 9) **(ingreso total)**
- 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
- Compensación de Trabajadores
- Asistencia Temporal en Efectivo
- SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad)
- Discapacidad del Seguro Social
- Vive con otro miembro de la familia
- 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

Annual: _____ X 1 = _____
in Household Gross 1 year Total Amount

Qualifying Level: Nominal Level I Level II Level III

Medical Receptionist Printed Name: _____ Site: _____

Medical Receptionist Signature: _____ Date: _____