



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

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

**SOLICITUD PARA LA ESCALA PROPORCIONAL 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 ”**

Número de Seguro Social del Paciente / o de ITIN (Un Número de Identificación Personal del Contribuyente): \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 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 ó ITIN #: \_\_\_\_\_  
 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 #: \_\_\_\_\_

Vive ud en 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 normas 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 Completo	Relación	Fecha De Nacimiento	SS # ó ITIN # (si aplica)	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 actuales: dentro de los últimos 90 días (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 Discapacidad
- Manutención De Los Hijos
- Compeación 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 del 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: \_\_\_\_\_