



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 (minimo: 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
- Compesación 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



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 léa la siguiente información para que entienda nuestra política sobre la escala de descuento que ofrecemos.

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 le 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 proporcional de honorarios.

Información de contacto de las Consejeras de Aplicaciones para Seguro Médico:

Francina Jones Consejera Certificada de Aplicaciones (Flotar) fjones@chesapeakehc.org Celular: 443-397-3980	Deirdrie Givens Consejera Certificada de Aplicaciones dgivens@chesapeakehc.org Celular: 443-397-3906 Woodbrooke OB/GYN Sitio: 410-546-2424, Ext. 1887
Shawnice Hayman Consejera Certificada de Aplicaciones shayman@chesapeakehc.org Celular: 443-754-5193 Phillip Morris Dr. Sitio: 410-548-1747, Ext. 1535	Elisha Bullock Consejera Certificada de Aplicaciones ebullock@chesapeakehc.org Celular: 443-235-3428 Woodbrooke Adult Sitio: 410-546-6650, Ext. 1114
LaShonda Jones Consejera Certificada de Aplicaciones ljones@chesapeakehc.org Celular: 443-235-0219 Princess Anne Sitio: 410-651-1000, Ext. 1301	

 Firma del candidato

 Fecha

 Nombre del candidato en letra de molde

 Fecha de nacimiento