

Evaluación De Los Ingresos Del Paciente

Aplicación para el descuento de la escala móvil

FECHA DE HOY: _____

LA PRUEBA DE INGRESOS FECHA DE VENCIMIENTO: _____

El pago se espera en la época del servicio. Porque usted ha indicado que hay barreras financieras que evitan que usted pague el honorario lleno asociado a sus visitas, usted tiene la oportunidad de solicitar un descuento de la escala móvil llenando este forma. La prueba de ingresos se **requiere** para determinar elegibilidad.

- Si la verificación de los ingresos no se somete en esta visita, usted no será elegible para la escala móvil. Sin embargo, si usted somete la verificación de los ingresos *en* el plazo de 30 días de fecha de hoy, su porción de pagar será ajustada al porcentaje de la escala móvil de que usted esta elegible, si hay alguno; por su documentación.
- **Si la prueba de los ingresos se recibe después de 30 días, su descuento de la escala móvil comenzará la fecha que recibimos su prueba de ingresos. No será retroactivo y usted deberá el honorario lleno para las visitas recibidas antes de la fecha que usted trajo su documentación.**

Las fuentes de ingresos siguientes deben ser incluidas al computar ingresos gruesa: (Los ingresos gruesa es ingresos antes de que se saquen los impuestos/las deducciones)

Salarios, sueldos, propinas, comisiones	Asistencia Pública	Pensión
Compensación por Desempleo	Compensación por accidentes de trabajo	Ganancias por Negocios
Ganarías Netas de Trabajo por cuenta propia	Beneficios del Seguro Social	Beneficios de Veteranos
Pensiones y pagos de mensualidades de manutención de niños		
Ingresos Netos por Inversiones (renta, interés, dividendos)		
Otros ingresos en efectivo o abonos de alguna otra fuente de ingresos disponible para la familia.		

Las formas aceptables de documentación de los ingresos incluyen:

Talón de cheque	Documentos judiciales	Letra de la concesión
Declaración actual de Comisiones	Extractos de cuenta actuales	Declaraciones de impuestos
Letra (firmada y anticuada) del representante		

He leído este y comprendo lo que es requerido de mi.

Se le pedirá completar esta forma y proporcionar prueba de ingresos actualizada cada 6 meses o más pronto si hay cambio en ingresos o tamaño familiar ocurre.

Inicial: _____

INFORMATION SOBRE EL PACIENTE:

_____ APELLIDO _____ PRIMERO NOMBRE _____ OTRO NOMBRE _____ F. DE NACIMIENTO _____ # DE SEGURIDAD SOCIAL

Cuál es su actual estatus de vivienda:

- No estoy sin hogar De transición En riesgo de quedar sin hogar Viviendo en un refugio/iglesia
 La calle, campo o puente Viviendo con otros (mas de una familia en la casa)
 Actualmente no estoy sin hogar, dentro de los últimos 12 meses.

LA PERSONA QUE ES RESPONSABLE A LA CUENTA EN LA ÉPOCA DEL SERVICIO (EL PARTIDO RESPONSABLE):

_____ APELLIDO _____ PRIMERO NOMBRE _____ OTRO NOMBRE _____ F. DE NACIMIENTO _____ # DE SEGURIDAD SOCIAL

RELACION AL PACIENTE: _____

INFORMACION SOBRE LOS INGRESOS DE LA FAMILIA:

TAMAÑO DE LA FAMILIA: _____ (Todas las personas en el mismo hogar que son relacionadas por la sangre, unión, adopción legal y/o resuelven la definición de un dependiente del impuesto.)

INGRESOS GRUESA MENSUAL: \$ _____ (Por toda la gente que trabaja que usted declaró en su familia.)

FUENTES DE INGRESOS: (MARQUE TODO QUE QUIERE):

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salarios, sueldos, propinas, comisiones | <input type="checkbox"/> Asistencia Pública | <input type="checkbox"/> Pensión |
| <input type="checkbox"/> Compensación por Desempleo | <input type="checkbox"/> Compensación por accidentes de trabajo | <input type="checkbox"/> Ganancias por Negocios |
| <input type="checkbox"/> Ganarías Netas de Trabajo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Pensiones y pagos de mensualidades de manutención de niños | | |
| <input type="checkbox"/> Ingresos Netos por Inversiones (renta, interés, dividendos) | | |
| <input type="checkbox"/> Otros ingresos en efectivo o abonos de alguna otra fuente de ingresos disponible para la familia. | | |

FIRMANDO ABAJO, RECONOZCO QUE TODA LA INFORMACIÓN QUE HE PROPORCIONADO ES EXACTA Y VERDAD, CONVENGO LA POLÍTICA Y MÍ ANTEDICHOS HE TENIDO TODAS MIS PREGUNTAS CONTESTADAS A MI SATISFACCIÓN:

FIRMA DEL PACIENTE O TUTOR LEGAL: _____ FECHA: _____

*****FOR LCHHS USE ONLY*****			
VERIFIED GROSS MONTHLY INCOME: \$ _____	VERIFIED FAMILY SIZE: _____	DISCOUNT ELIGIBLE FOR: _____ %	
<input type="checkbox"/> Current Payroll or Check Stub	<input type="checkbox"/> Award Letter	<input type="checkbox"/> Court Documents	<input type="checkbox"/> Tax Returns
<input type="checkbox"/> Bank Statement: _____	<input type="checkbox"/> Letter From: _____	<input type="checkbox"/> Current Commissions Statement	<input type="checkbox"/> Other: _____
Homeless Verified? Yes / No	Ochin MRN: _____	Date input into Ochin: _____	Verified by: _____