

**PREMIER COMMUNITY HEALTHCARE GROUP, INC.**  
**Aplicación de Honorarios de Descuento & Acuerdo**

Premier Community Healthcare Group Inc provee servicios esenciales sin tener en cuenta la capacidad de pagar del paciente. Nuestros descuentos son ofrecidos dependiendo del ingreso total y el número de familiares que viven en el hogar. Una **"Familia"** es una o mas personas que están viviendo en un hogar y que son relacionados por sangre, matrimonio o ley. Un **"Dependiente"** es alguien que convive en su hogar y califica como un dependiente para propósitos de impuestos federales. Por favor, llene la información siguiente para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para el programa de honorarios de descuento.

**I. Información acerca de la Familia/Hogar**

| <u>Nombre de miembros en su familia/ hogar</u> | <u>Edad</u> | <u>Relación</u>              | <u>Ingresos</u>          |
|--|-------------|------------------------------|--------------------------|
| _____  | _____       | <b><u>YO MISMO</u></b> _____ | <input type="checkbox"/> |
| _____  | _____       | _____                        | <input type="checkbox"/> |
| _____  | _____       | _____                        | <input type="checkbox"/> |
| _____  | _____       | _____                        | <input type="checkbox"/> |
| _____  | _____       | _____                        | <input type="checkbox"/> |
| _____  | _____       | _____                        | <input type="checkbox"/> |
| _____  | _____       | _____                        | <input type="checkbox"/> |

**II. Información de Ingresos**

Por favor, presentar pruebas de ingreso total del hogar durante los últimos 30 días. (Talonarios de Cheque, Declaración Bancaria o Financiera, SSI / Cartas de Incapacidad, etc.)

**III. Elegibilidad**

Con la información que usted ha presentado hoy, se determina que:

- Usted califica** para el Plan de Honorarios de Descuento indicado a continuación. **Este plan entra en efecto por un año a partir de hoy.** Si su ingreso cambia durante este periodo o si usted ha obtenido seguro medico, usted debe notificarnos inmediatamente.
  - Plan de Descuento A
  - Plan de Descuento B
  - Plan de Descuento C
  - Plan de Descuento D

- Usted no califica** para el Plan de Honorarios de Descuento. Usted será responsable de pagar los cargos completos de su visita, dependiendo en el nivel de servicio proveido, el cobro minimo sera de \$83 – \$300 por los servicios médicos y \$73 por los servicios dentales. Si su ingreso ha cambiado durante este periodo o si ha obtenido seguro medico, usted debe notificarnos inmediatamente.

**\*\*Los procedimientos que se llevan a cabo durante su visita (los laboratorios, extracciones de dientes, los procedimientos, Rayos X, etc.) resultaran en una carga adicional debido al tiempo del servicio.**

Yo, por la presente, certifico que los hechos mencionados arriba son ciertos y correctos. También comprendo las responsabilidades financieras asociadas con el Plan de Descuento. Además estoy al tanto de que esta información puede ser auditada al azar en cualquier momento para propósitos de verificación. Proveer información falsa y teniendo conocimiento al respecto, puede resultar en terminación de servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Apicante

\_\_\_\_\_  
Fecha

**SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA**

No. Supported: \_\_\_\_\_  
 Gross Income \$: \_\_\_\_\_  
 Income Period: \_\_\_\_\_

Income Type(s):  Employment  Self Employed  Disability, SSI, Pension, Retirement  Child Support, Alimony  Worker's Compensation  
 Statement of Support  Cash Income Verification  Unemployment

Care Team Member Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_