

PREMIER COMMUNITY HEALTHCARE GROUP, INC.
Aplicación de Descuento de Honorario & 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 más 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>
_____	_____	YO MISMO _____	<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. (Talones 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 médico, usted debe notificarnos inmediatamente.
 - Plan de Descuento A (Tarifa Nominal)
 - Plan de Descuento B
 - Plan de Descuento C
 - Plan de Descuento D

- Usted no califica** para el Plan de Descuento de Honorario. Usted será responsable de pagar los cargos completos de su visita, dependiendo en el nivel de servicio proveído, el cobro mínimo será 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 médico, usted debe notificarnos inmediatamente.

****Los procedimientos que se lleven a cabo durante su visita (los laboratorios, extracciones de dientes, los procedimientos, Rayos X, etc.) resultarán en un cargo 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.

Firma del Aplicante

Fecha

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA

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

Care Team Member Signature _____

Date _____