LONG VALLEY HEALTH CENTER

SLIDING FEE DISCOUNT APPLICATION

Para recibir el descuento de escala móvil para visitas a la oficina, debe documentar **todos los ingresos del hogar**. La **documentación** puede ser un recibo de sueldo, formulario de impuesto a la renta, estados de cuenta bancarios o una carta de un empleador. Debe proporcionar documentación de ingresos dentro de los 7 días. **Las formas de ingreso** incluyen las ganancias de trabajos, desempleo, bienestar de discapacidad, seguridad social, ingresos por intereses, obsequios e ingresos de la propiedad. Informe cualquier cambio en los ingresos en su próxima visita. Usted tiene la oportunidad y se le puede pedir que realice una pantalla de elegibilidad de Medi-Cal.

Indique los miembros de la familia que viven en el mismo hogar, incluidos los dependientes que reclama en su declaración de impuestos.

MIEMBROS DE LA FAMILIA	EDAD	$ INGRESOS	SS#
1.			
2.			
3.			
4.			

INGRESOS TOTALES $_____

☐ MENSUAL ☐ ANUAL

OFFICE USE ONLY

ACCT# *CHART #*

_____

RE-CERTIFICATION DATE

Por la presente certifico bajo Penalización de perjurio, que toda la información provista en esta solicitud es verdadera y precisa, según mi leal saber y entender. Entiendo que el suministro de información falsa en este formulario es un acto fraudulento, según las leyes del Estado de California, que podría dar lugar a sanciones civiles o penales, incluidas multas y / o encarcelamiento.

_____ _____

Firma de la persona que solicita la familia Fecha

Soy consciente de que debo volver a certificar en la fecha demostrada arriba

_____ _____

Iniciales Fecha

OFFICE USE ONLY

_____ _____

Staff Signature Date

NOTES:

Med-Cal SS YES/NO For Acupuncture YES/NO	If 65 yrs or older or PT has SSI & is under 65, check for Medicare eligibility.
Documentation YES/NO Reason for Denial:	Medicare eligible? Yes___ No ___ Reason: _____

MEDI-CAL SCREEN DONE YES/NO

Referral to Pt. Advocate YES/NO

Date of referral __/__/__ Reason: _____

ELIGIBLE FOR:	$25 Discount	$35 Discount	$45 Discount	$55 Discount