



## SOLICITUD DE LOS SERVICIOS DE TARIFAS DE DESCUENTO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ TELEFÓNO: \_\_\_\_\_

Se me ha dado la oportunidad de solicitar los servicios de descuento de tarifas que ofrece MCR Health, y NO DESEO UTILIZAR ESOS SERVICIOS EN ESTE MOMENTO y yo elijo pagar por cuenta propia y no solicitar en este momento los servicios que me ofrecen el MCR HEALTH y su programa de tarifas de descuento. Estoy decidiendo ser un paciente, que paga por cuenta propia; lo que significa que tendré que pagar los costos por los servicios recibidos por adelantado y seré responsable por el balance de la cuenta y todos los costos de mi visita al doctor, también seré responsable por los costos de laboratorio y/o rayos-x.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Los datos recopilados en esta solicitud únicamente serán usados para obtener información sobre usted y su familia para poder satisfacer mejor sus necesidades médicas, de salud mental y dental. **Esta información no será usada para retener o negarle los servicios**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| 1. ¿Tiene cobertura médica de Medicaid, Medicare u otro seguro médico?               | Si | No |
| 2. ¿Usted y sus dependientes han solicitado o les han negado el Medicaid o Medicare? | Si | No |
| 3. ¿Le gustaría solicitar o solicitar hoy de nuevo el Medicaid?                      | Si | No |
| 4. ¿Está desempleado?  | Si | No |
| 5. ¿Esta muy enfermo para trabajar o est discapacitado?                              | Si | No |

Favor de incluirse usted, su esposo (a), o su pareja (incluyendo matrimonios del mismo sexo que están reconocidos por el Estado, no incluya compañero (a) de una unión civil o que comparte su domicilio) incluya padre o madre del niño que solicita el servicio que tengan parentesco por nacimiento, los que son considerados dependientes por las Leyes Federales de los Impuestos y los hijos de crianza. Las personas que no son dependientes, no tienen relación familiar y que están viviendo en la misma dirección no se incluyen pues son considerados un grupo familiar separado.

Nombre y Apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el cabeza de familia	Seguro Médico o Medicaid
		Cabeza de familia	Si o No
			Si o No
			Si o No
			Si o No
			Si o No

### VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Por favor anote el **ingreso total** (La cantidad total recibida antes de deducir los impuestos). El ingreso familiar incluye a todos los que viven en la dirección mencionada anteriormente. La prueba de ingresos incluye: su más reciente declaración de impuestos, los talones de cheques, una verificación del banco, o una carta de su empleador que muestre cuanto usted gana o la prueba de que está desempleado, o el recibo mensual de su cuenta de banco.

TIPO DE ENTRADA	CANTIDAD	FRECUENCIA	EMPLEADOR	EL QUE RECIBE INGRESOS
Salario	\$			
Seguro Social	\$			
Incapacidad	\$			
Pensión alimenticia	\$			
Desempleo	\$			
Intereses	\$			
Manutención	\$			
Compensación por trabajo	\$			
Otro	\$			
Total				



**DECLARACIÓN CERTIFICADA DEL PACIENTE**

**Certificación del Paciente**

Certifico que la información provista en la solicitud de los Servicios de Descuento es veraz y completa y que notificaré a la clínica inmediatamente en caso de que ocurra algún cambio en mis ingresos o en mi cobertura médica. Yo comprendo que soy responsable financieramente de **todos los gastos o los gastos parciales incurridos en el cuidado de mi salud** y que se me solicitará abonar **los pagos al momento de recibir los servicios médicos**. Yo doy mi autorización para que mi información se comparta con el objetivo de determinar si mi familia reúne las condiciones necesarias para recibirlos los servicios de descuento y doy permiso para que se comparta además con las Compañías Farmacéuticas sólo en caso de las auditorías necesarias si se me ha enrolado en los programa de asistencia para medicamentos.

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**ATENCION:** El Estatuto de la Florida § 817.50 dice que proporcionar intencionadamente información falsa a un proveedor del cuidado de la salud, con el propósito de obtener beneficios; es un delito grave de tercer grado y es penado por la ley.

---

**Certificación del Empleado**

Certifico que he pedido al solicitante todos los detalles sobre la fuente de los ingresos familiares y que antes de usar este documento hice mis mejores esfuerzos con el fin de obtener otros comprobantes de ese ingreso familiar. La información aquí reportada fue suministrada únicamente por el solicitante de los servicios y refleja solo las fuentes de ingreso que me fueron reportados.

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Nombre del empleado \_\_\_\_\_

---

***Sólo para uso oficial:***

Verificación de que toda la información que contiene la solicitud y la documentación es precisa y completa en EMR

Prueba de ingresos adjunta: Si No  
Prueba de identificación: Si No  
Prueba de dirección: Si No  
Confirmado con Zirmed and Availity: Si No

El Paciente fue notificado de tasa de descuento y fecha de renovación: Si No  
El Ingreso fue verificado y calculado correctamente en EMR: Si No  
La Solicitud de Descuentos está completa: Si No

Firma del empleado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Imprimir nombre del empleado: \_\_\_\_\_



**DECLARACIÓN NOTARIZADA**

Yo \_\_\_\_\_, atestiguo que no puedo pagar por los servicios médicos, dentales, de farmacia y de salud mental proporcionados por MCR Health; porque estoy desempleado y no he tenido ingresos económicos desde, \_\_\_\_\_.  
La última vez que trabajé fue, \_\_\_\_\_.

Motivo por el que no que no tengo trabajo:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Actualmente recibo ayuda de: \_\_\_\_\_

Nombre de persona o Agencia

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado

\_\_\_\_\_  
Teléfono

Cuando esté empleado, notificaré a MCR Health de los cambios de mi fuente de ingreso y si obtengo seguro médico. Cuando eso suceda seré, re-evaluado para comprobar si reúno las condiciones para recibir las tarifas de descuento.

También entiendo que esta declaración es válida por 90 días y la fecha de expiración es \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente/Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

**COMPLETADO POR NOTARIO**

Fue jurado frente a mi persona \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, la declaración anterior es verdadera.

Esta persona es conocida personalmente por mí o presentó una Identificación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notario Público



**DOCUMENTO DE APOYO ECONOMICO**

A quien pueda interesar:

Yo, el abajo firmante testifico que yo,      doy      préstamo/ dinero a \_\_\_\_\_  
(Marque uno)

Para ayudar con sus gastos cada mes. En el mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_ Yo [     di      préstamo/dinero]  
(Marque uno)

La cantidad de \$\_\_\_\_\_.Esta ayuda no es ingreso laboral.

**MARQUE TODO LO QUE LE CORRESPONDE A USTED:**

El dinero fue provisto directamente al solicitante nombrado, para ayudarle a pagar los gastos de su hogar.

     Yo pago este dinero directamente a la compañía (s) para cubrir los gastos del solicitante nombrado. Compañía (s) \_\_\_\_\_

     Sólo proporciono comida y refugio.

     Continuaré haciendo esto cada mes.

     No continuaré haciendo esto. Sólo estoy ayudando temporalmente o hasta\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que ayuda a la casa

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Imprimir nombre de la Persona que ayuda a la casa

Dirección: \_\_\_\_\_  
Numero & Calle/Apartado Postal Ciudad Estado Código Postal

Teléfono :(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**COMPLETADO POR NOTARIO**

Fue jurado frente a mi persona \_\_\_\_\_ el día \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, la declaración anterior es verdadera.

Esta persona es conocida personalmente por mí o presentó una Identificación:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notario Público



**DOCUMENTO PARA LA VERIFICACION DE INGRESOS**

Querido Empresario:

Un empleado de su compañía ha solicitado el Programa de Descuento de Tarifas que ofrece MCR Health. Sírvase completar el documento y entregarla al empleado. Gracias por su cooperación.

**Nombre del empleado:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Número y Calle /Apartado Postal      Ciudad      Estado      Código Postal

Por la presente se certifica que la persona nombrada arriba está empleada por el abajo firmante, y los siguientes salarios y horas representan el pago normal para este individuo durante el período de pago de las 4 semanas más recientes.

Promedio de horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_

Promedio de ingreso semanal bruto \$ \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Número y Calle /Apartado Postal      Ciudad      Estado      Código Postal

Número de Teléfono: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

¿Tiene el empleado seguro médico?     Sí     No

**CONSENTIMIENTO PARA DAR INFORMACION DE INGRESOS/SEGURO MEDICO**

\_\_\_\_\_  
Firma del empleado      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleador Representante      Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso del Empleador Representante

Favor de enviar por fax el documento con la información completa a: \_\_\_\_\_  
Si no fuera posible, favor de entregarla directamente al empleado.