



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 _____

NO CONTINUE CON LA SOLICITUD SI NO DESEA RECIBIR LOS SERVICIOS DE DESCUENTO DE MCR HEALTH.

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 esta 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: _____

ATENCIÓN: 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.

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 trabaje 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 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.