

Shenandoah Community Health Sliding Fee Application

Nombre:		Seguro Social#		Fecha de Nacimiento :	
Dirección:			Telefono:		
Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
<i>(marque)</i> Residente de E.E.U.U. SI/NO		Veterano SI/NO		Emigrante (Fincas) SI/NO	
¿Para cual departamento está aplicando? <i>(Marque)</i>		Medico	Salud Mental	Dental	Clínica de Winchester
¿Qué tipo de seguro tiene? <i>(Marque)</i>		Medicaid	Medicare	Comercial(BCBS, Aetna, Cigna)	Otro Ninguno
INFORMACION LABORAL					
Compañía:				¿Cuánto tiempo lleva trabajando?	
Teléfono:		Pago por hora:		¿Cada cuanto? Semanal Cada dos semanas <i>(Marque)</i>	
¿Cuántas personas mantiene (incluyéndose Ud.)?			¿Estudia tiempo completo?		
ESPOSO (A)/OTRO EMPLEO					
Compañía:				¿Cuánto tiempo lleva trabajando?	
Teléfono:		Pago por hora		¿Cada cuanto? Semanal Cada dos semanas <i>(Marque)</i>	
LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR					
<i>POR FAVOR INDIQUE CUALES MIEMBROS SON DEPENDIENTES (UN DEPENDIENTE SE DEFINE COMO ALGUIEN QUE APARECE EN EL FORMULARIO FEDERAL DE IMPUESTOS ANUALES). UTILICE OTRA HOJA SI NECESITA MAS ESPACIO.</i>					
Nombre:		Relación:		Fecha de Nacimiento:	
Nombre:		Relación:		Fecha de Nacimiento:	
Nombre:		Relación:		Fecha de Nacimiento:	
Nombre:		Relación:		Fecha de Nacimiento:	
Nombre:		Relación:		Fecha de Nacimiento:	
LISTA DE TODOS LOS INGRESOS INCLUYA PRUEBA DE INGRESOS					
Asistencia Pública \$ <i>(Beneficios en Efectivo)</i>		Seguro Social/Incapacidad \$		Herencia \$	
Pensión Alimenticia/Manutención de Hijos/TANIF \$		Pensiones/Retiros \$		Desempleo \$	

Debe incluir prueba de ingresos para cada persona en su hogar que los recibe. Si no tiene ingresos que declarar, necesitamos más información. Por favor llámenos antes de completar su aplicación. Si tiene preguntas o necesita asistencia, llame a nuestra oficina al 304-596-2215 o mándenos un correo electrónico a slidingfee@svms.net.

Continúe a la otra pagina.

Juro y afirmo bajo la ley que toda la información provista es verídica. He recibido el libreto de información del Programa de Reducción de Pagos y entiendo mi responsabilidad como participante del programa. *Su información financiera no será dada a ninguna otra agencia. Debe pagar el mismo día de su cita. La reducción de pago no será efectuada hasta que su aplicación haya sido aprobada.*

Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal

Fecha

Otros miembros del hogar aplicando para el Programa de Reducción de Pagos:

Nombre Escrito

Firma

Fecha

Nombre Escrito

Firma

Fecha

Nombre Escrito

Firma

Fecha

Favor de proveer información adicional que puede ayudar con el proceso de aplicación.

FOR OFFICE USE ONLY

Calculated by _____ Date: _____

Approved by _____ Date: _____ Expiration Date: _____

Discount amount _____ % Denied _____



Shenandoah Valley Medical System, Inc. opera como Shenandoah Community Health.

Este centro de salud es un concesionario del Programa de Centros de Salud, bajo la ley 42 U.S.C. 254b, y es considerado un empleado de Servicios de Salud Pública bajo la ley 42 U.S.C. 233(g)-(n).