

Shenandoah Community Health Sliding Fee Application

| | | | | | |
|---|--|------------------------------|------------------------------------|--|-----------------------|
| Nombre: | | Seguro Social# | | Fecha de Nacimiento : | |
| Dirección: | | | | Teléfono: | |
| 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> | | Médico | Salud Mental | Dental | Clínica de Winchester |
| ¿Qué tipo de seguro tiene? <i>(Marque)</i> | | Medicaid | Medicare | Comercial(BCBS, Aetna, Cigna) | Otro Ninguno |
| INFORMACION LABORAL INGRESOS | | | | INCLUYA PRUEBA DE | |
| Compañía: | | | | ¿Cuánto tiempo lleva trabajando? | |
| Teléfono: | | Pago por hora: | | ¿Cada cuánto? Semanal Cada dos semanas <i>(Marque)</i> | |
| ¿Cuántas personas mantiene (incluyéndose Ud.)? | | | ¿Cuántas horas por semana trabaja? | | |
| ESPOSO/COMPANERO (A)/OTRO EMPLEO INGRESOS | | | | INCLUYA PRUEBA DE | |
| Compañía: | | | | ¿Cuánto tiempo lleva trabajando? | |
| Teléfono: | | Pago por hora | | ¿Cada cuánto? Semanal Cada dos semanas <i>(Marque)</i> | |
| LISTA DE MIEMBROS DEL HOGAR <small>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.</small> | | | | | |
| 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 \$ | | Pensiones/Retiros \$ | |
| Apoyo conyugal \$ | | Manutención de Hijos \$ | | Desempleo \$ | |

Debe adjuntar un comprobante de ingresos para cada persona que recibe ingresos que reside en su hogar. Si no tiene ingresos que declarar, comuníquese con nuestra oficina para recibir más instrucciones al 304-596-2215 o envíe un correo electrónico a slidingfee@svms.net.

Continúe a la otra página.

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 puede ser retroactiva hasta 90 días a partir de la fecha de aprobación de la solicitud.

Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal

Fecha

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

Nombre Escrito

Fecha de Nacimiento:

Firma

Fecha

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

FOR OFFICE USE ONLY

Received by _____ Date: _____

Calculated by _____ Date: _____

Approved by _____ Date: _____ Expiration Date: _____

Percentage of Federal Poverty Line _____ % EHR Review Medical _____ Dental _____ BHS _____ Lab _____ OB/Delivery _____



Shenandoah Valley Medical System, Inc. hace negocios como Shenandoah Community Health (SCH). Este centro de salud recibe fondos de Salud y Servicios Humanos y tiene estatus otorgado por el Servicio Federal de Salud Pública para ciertos reclamos de salud o relacionados con la salud, incluidos reclamos por negligencia médica, para sí mismo y sus individuos cubiertos. SCH es un proveedor de igualdad de oportunidades que atiende a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago.