

Información del programa del centro de salud para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente

¡La Hurtt Family Health Clinic se preocupa por la salud de su familia! Como su centro médico, trabajamos duro para brindarle servicios de atención médica de alta calidad, con bajo costo o sin costo para usted y su familia, según su capacidad de pago. También nos asociamos con nuestras familias para evaluar e inscribir a nuestros pacientes en muchos programas de salud ofrecidos por el gobierno local, estatal y federal para brindarle las mejores opciones para cubrir el costo de su atención médica. *Tenga en cuenta que cada uno de estos programas requiere ciertos documentos e información, y apreciamos su cooperación al darnos esta información.*

El **programa de escala de tarifas variable** se basa en los ingresos y el tamaño de la familia. Este programa está determinado por las guías federales de pobreza anuales. Los pacientes recibirán un descuento porcentual según la escala de tarifas variable.

Para solicitar cualquier programa de salud disponible, se requiere la siguiente documentación:

Verificación de Ingresos: (Solamente uno (1) de los siguientes)

- Talón de cheque de pago actual
- Declaración de impuestos
- Carta del empleador, familiar o amigo que ayuda con los gastos.

Identificación: (Solamente uno (1) de los siguientes)

- Licencia de Conducir (Actual)
- Tarjeta de identificación con foto emitida por el gobierno
- Tarjeta de identificación escolar con fotografía
- Tarjeta de identificación con fotografía para cambio de cheques

Prueba de domicilio: (Solamente uno (1) de los siguientes)

- Factura de servicios públicos con su nombre y dirección
- Licencia de conducir (actual)
- Recibo o acuerdo de alquiler o arrendamiento
- Cualquier correo (no spam) a un paciente adulto o a un niño (menor de 18 años), padre o tutor en los últimos 60 días.

Como paciente de HFHC, usted será responsable de lo siguiente:

- Someter toda la información requerida para cualquier programa de salud al momento del servicio.
- Someter información actualizada anualmente
- Dar un pago en el momento del servicio

El personal de HFHC está disponible para ayudarle con cualquier pregunta que pueda tener sobre este programa y las opciones de pago razonables que se adapten a sus necesidades. Si tiene preguntas, llame al centro de llamadas al (714) 247-0300. Ayúdenos a continuar brindando servicios de atención médica a todos los necesitados, pagando lo que pueda y recuerde que **nadie será rechazado por no poder pagar. Sabemos que usted tiene opciones cuando se trata de la atención médica de su familia y le agradecemos que haya elegido Hurtt Family Health Clinic para sus necesidades de atención médica.**



Hurt Family Health Clinic

Aplicacion para Programa de Descuento

Initial Annual Review

Update/Reason for Update: Income Marital Status Address Family Size Work Status Insurance Coverage

Esta area para uso de oficina solamente

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:	Patient is eligible for Column _____ of Sliding Fee Scale Table which means he/she is responsible for _____ of clinic charges.
Verificado con (escoja una de las opciones): <input type="checkbox"/> Licencia de Manejar <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Seguro Social <input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Tarjeta de Residencia <input type="checkbox"/> Otro _____	Lugar de Nacimiento: (ciudad, estado y país)		
Nombre del Padre/Madre o Guardian:		Relacion con el paciente:	
Domicilio: (Verificado por: <input type="checkbox"/> Licencia de Manejar del Estado <input type="checkbox"/> Factura de Servicios <input type="checkbox"/> Acuerdo de Renta/Alquiler)			
Numero de Telefono de Casa:		Numero de Telefono de Celular:	
Numero de personas viviendo en el hogar? ? (Solo incluya a los miembros de familia los cuales son responsables el uno por el otro, tal como esposos, hijos dependientes y los padres de los hijos dependientes)			
NOMBRE:		EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:
NOMBRE:		EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:
NOMBRE:		EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:
NOMBRE:		EDAD:	# DE SEGURO SOCIAL:
Ingreso Bruto del Paciente:		Ingreso Bruto del Esposo/a:	Ingreso Bruto Total del Hogar:
<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual		<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
Fuente de Ingresos: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Empleado Independiente <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social <input type="checkbox"/> Ingreso Suplementario del Seguro <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Carta de familiar o amigo que apoya financieramente al paciente <input type="checkbox"/> Otro _____			
Que comprobante uso para verificar los ingresos? <input type="checkbox"/> Talon de Cheque <input type="checkbox"/> Taxes <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____			
<input type="checkbox"/> No tengo forma de presentar Comprobante de mis Ingresos y certifico que este es el INGRESO DE MI HOGAR, de acuerdo a mi conocimiento: _____			
Al firmar abajo, reconozco que el Programa de Descuento no es una aseguranza medica sino mas bien un programa interno para nuestros pacientes que no tienen aseguranza y que no son elegibles para aseguranza medica publica.			
Referente a los descuentos por servicios, estoy al tanto de lo siguiente:			
1. Los descuentos para servicios y recetas medicas estan basados en el <u>ingreso del hogar</u> . Los documentos correspondientes deben ser presentados antes de que podamos dar consideracion a su aplicacion.			
2. Los descuentos seran aplicados por servicios prestados de acuerdo a cuando fue <u>recibida</u> la aplicacion; siempre y cuando los documentos correspondientes sean presentados en 30 dias de la fecha de la aplicacion.			
3. Entiendo que para continuar en este programa tengo que aplicar anualmente.			
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo en que toda la informacion anotada arriba es verdadera segun mi conocimiento. Entiendo que el dar informacion falsa o el no proveer cualquier documento requerido durante 30 dias del dia de mi visita medica a la clinica hara que mi aplicacion sea rechazada.			
<input type="checkbox"/> Me niego a participar en el programa de escala de tarifas variables.			
Firma del Paciente/Padre o Guardian:		Relacion con el Paciente:	Fecha:
Recibida por Personal del la clinica:			Fecha: