



Solicitud de Corredera Tasa de Descuento

121 S. Long Beach Blvd. Compton, CA 90221 Tel # (310)627-5850 Fax # (310) 627-5855

1. Solicitante

Apellido _____ Primer Nombre _____ (MI) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zip _____

Teléfono de casa _____ Fecha _____ SS # _____

Soltero _____ Casado _____ Divorciad _____ Separarse _____ Viudo _____

2. Miembros de la Familia (Cónyuge / Dependiente / Familiares / Otros)

Nombre	Relación	Fecha	Seguridad Social#
1. _____			
2. _____			
3. _____			
4. _____			
5. _____			

¿Está sin hogar? / Doblarse? Sí ___ N ___ ¿Vives / trabajo en el condado de Los Ángeles? Sí ___ N ___

¿Es usted un estudiante de Colegio / Universidad? Sí ___ N ___ ¿Es usted un turista o estudiante extranjero? Sí ___ N ___

En caso afirmativo, ¿Se puede ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí ___ N ___

3. Ingreso Total de la Familia

(Cualquier persona en su declaración de impuestos) Cálculo de los ingresos

1. Usuarios en total para el hogar	Salarios/Sueldos	\$ _____ por _____ = \$ _____
De Secciones 1 & 2 _____	Auto-empleo	\$ _____ por _____ = \$ _____
	No ganado	\$ _____ por _____ = \$ _____

2. El ingreso total anual \$ _____ (Especifique el tipo) _____

4. De seguros

¿Usted o su cónyuge tienen cobertura de seguro dental? Sí _____ N _____ Compañía _____

Dou you or your spouse have health insurance benefits? Sí _____ N _____ Compañía _____

5. Firma

Al firmar a continuación autorizo al R.O.A.D.S. FUNDACIÓN para compartir este documento y cualquier archivo adjunto con la R.O.A.D.S. Fundación para los fines de la inscripción en la lista de tarifas de deslizamiento. Yo entiendo que este intercambio de información se puede reducir a cabo cualquiera de bolsillo costo para mí por servicios solicitados y practicados en las R.O.A.D.S. FUNDACIÓN (por ejemplo, pruebas de laboratorio). También entiendo que puedo revocar este permiso escribiendo "no compartir" al lado de mi firma y la firma de este documento no es una condición para recibir tratamiento en el R.O.A.D.S. FUNDACIÓN.

A lo mejor de mi conocimiento, la información anterior es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en informar a la R.O.A.D.S. FUNDACIÓN. Base de cualquier cambio en mi empleo o situación financiera. Si la información anterior resulta ser incorrecta, entiendo que el descuento que se me dará por terminado.

Firma del Solicitante

Fecha

FOR CENTER USE ONLY

Auth. Initials _____ Slide Level _____ Approval/Denial Date _____ Renewal Date _____

Información sobre Escala Variable

¿Lo que se escala móvil?

Una escala móvil es el método que utilizamos para ofrecer descuentos en cuidado de la salud basados en el tamaño del hogar del paciente y de los ingresos.

¿Qué pasa si no se aplican?

Se le pedirá que pagar los cargos completos por los servicios prestados si no optar por aplicar.

¿Cómo puedo demostrar mis ingresos?

- a) Cheque de nómina que muestra año a los ingresos fecha
- b) Un mes de talones de pago actual
- c) Las declaraciones de sueldo actual (declaración por escrito del empleador)
- d) Un mes de talones de cheques de desempleo
- e) Estado de cuenta actual que muestra el flujo de dinero de entrada / salida de la cuenta
- f) Declaración actual de la oficina de la Seguridad Social
- g) Primera página de la declaración de impuestos del año actual o anterior
- h) W2

¿Qué pasa si no traer prueba de ingresos?

Sólo su primera visita a ROADS Community Care Clinic será elegible para un descuento de deslizamiento escala sin prueba de ingresos. Todas las demás visitas se facturarán a la tarifa completa.

¿Cambia la escala móvil de mi copago del seguro cantidad, deducible o co-seguro?

No, si su compañía de seguros requiere que usted pague una cierta cantidad como co-pago, deducible o coseguro por sus servicios, usted debe pagar esa cantidad.

¿Y si esta información cambia?

Si cambian sus ingresos o el tamaño del hogar, informe a la recepción. Se le pedirá que llene una nueva solicitud y presentar prueba de nuevo ingreso. Tarifa regresiva es válida por 1 año.