



Aplicación para la Escala de Tarifas y Descuentos

La escala de tarifas y descuentos es un método para proporcionar una tarifa reducida, basado en el tamaño y los ingresos del hogar. Para ser elegible para este programa. La siguiente aplicación debe completarse, firma, fecha con comprobante de ingresos. (Ver lista para formas aceptables de ingresos) y aprobado.

Jefe de familia: Apellido _____ Primer Nombre _____ Teléfono _____
 Dirección postal: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Usted o algunos de los miembros de su hogar solicito Medicaid? (Title XIX)? Sí No

FUENTES DE INGRESOS: Todos los miembros que viven en el hogar. "Hogar" se considera contribuyente + cónyuge + dependientes fiscales. Consulte la tabla para obtener más información. **Si su situación de vivienda es temporal, informe al evaluador financiero.**

Fuente	Cantidad(\$)	Semanal	Bisemanal	Mensual	Anualmente	Ingresos Anuales
Sueldos Y Salarios (Propio)		—	—	—	—	
Sueldos Y Salarios (Conyuge)		—	—	—	—	
Sueldos Y Salarios (Otros)		—	—	—	—	
Compensación de desempleo		—	—	—	—	
Seguro Social Propio/conyuge		—	—	—	—	
Seguro Social (Niños)		—	—	—	—	
SSDI (Ingresos por discapacidad de seguro social)		—	—	—	—	
Pension		—	—	—	—	
Militar / Beneficios Veteranos		—	—	—	—	
Beneficios de Desempleo		—	—	—	—	
Alquiler/Ingresos de Inversion		—	—	—	—	
Ingresos ganancias de capital		—	—	—	—	
Otros miembros de la familia		—	—	—	—	

TAMANO DEL HOGAR: Enumere a todos los miembros del hogar por NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, Y NUMERO DE SEGURO SOCIAL incluyéndote a ti mismo:

Nombre	Fecha De Nacimiento	Relación	Seguro Social #
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LO SIGUIENTE

Declaro que el estado financiero de mi hogar esta listado arriba. Entiendo lo siguiente:

- Gracepoint está utilizando dólares de impuestos federales para ayudarme a recibir atención medica
- Información falsa con respecto a los ingresos de mi hogar se considera fraude contra nuestro gobierno
- Cualquier cambio en mis finanzas o el número de personas en mi hogar debe ser reportado a Gracepoint y una nueva solicitud debe ser completada.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

Verificar y firmar solo si corresponde. Me han informado y comprendo los posibles beneficios financieros de participar en el proceso de escala de tarifas y descuentos: Sin embargo, en este momento no deseo participar.

Firma Del Paciente _____ Fecha _____

Patient Name: _____ ID #: _____

Usted está obligado a proporcionar una prueba de los ingresos listados para completar su solicitud. Las siguientes son formas aceptables de ingreso.

- Impuesto Federal actual (1040, 1040A or 1040 EZ Form)
- Comprobantes de pagos del mes mas reciente
- Estado de cuenta bancario actual que muestre el depósito directo o los talones de cheques más recientes totalmente un mes de pago (SS, SSI, SSD, Pago de Jubilación, Pensión,)
- Impresión de la oficina emitiendo pagos (SS, SSDI, Desempleo, VA, etc.)
- Declaración del empleador para efectivo y salario (Debe incluir el nombre del empleador, dirección y numero de teléfono)
- Carta de concecion

Uso de oficina solamente:

Attesting patient declined to sign application: Staff Signature: _____ Date: _____

Guarantor #: _____

Application Received/Entered: Date: _____ By: _____

Self-Reported Household Size: _____

Self-Reported Household Income: \$ _____

Sliding Fee Scale Level Pre-Approved: Nominal A B C D Full Fee

90 Day Waiver Eligibility:

Does the patient report one or more of the following: Yes No

- Homeless
- Recent loss of income
- Resides in Public Housing
- Filed for Bankruptcy
- Other income issue reported: _____

Patient is required to bring in written proof of homelessness, income loss, public housing, bankruptcy, etc.

Staff with the Billing Manager and/or Executive Director for approval after receiving written proof.
Set the Financial Investigation income at \$0 (unless other amount is reported).

Examples of written proof:

- Homeless (Letter on letterhead from a local shelter or community provider attesting homelessness)
- Recent loss of income (Letter on employer letterhead or Unemployment Letter of Determination)
- Resides in Public Housing (Housing Lease or recent utility statement in person's name)
- Filed for Bankruptcy (County Court Filing form)

Finance Office Only:

Sliding Fee Scale Level Approved: Nominal A B C D Full Fee

Patient Notified of SFS Amount: Date: _____

- At office/in person Reached patient by phone Attempted by phone /unable to reach patient

Revised: 10/2/2020

Patient Name: _____

ID #: _____