

Información de Descuento de Tarifa

La política de las clínicas de Atención Primaria de TRMC es de proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Las clínicas ofrecen descuentos basados en el tamaño de la familia e ingresos anuales.

Complete la siguiente información y regrese el formulario a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento será aplicado a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a aquellos servicios o equipos adquiridos externamente, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos, la interpretación de rayos X por parte de un radiólogo consultor, y otros servicios similares. Debe llenar este formulario cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

NOMBRE DE LA CABEZA DE HOGAR			LUGAR DE TRABAJO	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO

Enumere su cónyuge y dependientes menores de 18 años.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
UNO MISMO		DEPENDIENTE	
CÓNYUGE		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
<i>DEPENDIENTE</i>		<i>DEPENDIENTE</i>	
<i>DEPENDIENTE</i>		<i>DEPENDIENTE</i>	
<i>DEPENDIENTE</i>		<i>DEPENDIENTE</i>	
<i>DEPENDIENTE</i>		<i>DEPENDIENTE</i>	

Fuentes de Ingreso	Uno mismo	Cónyuge	Otros	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o jubilación.				
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa al hogar y otras fuentes diversas.				
Ingreso Total				

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestran anteriormente son correctos.

Nombre
(en letra de molde)

Firma

Fecha

Office Use Only

Patient Name: _____

Approved Discount: _____

Approved by: _____

Date Approved: _____

Verification Checklist	Yes	No
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or		
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other		
Insurance: Insurance Cards		