

SOUTH CENTRAL PRIMARY CARE CENTER, INC.

APLICACIÓN DE SLIDING SCALE FEE

**CORREO: SOUTH CENTRAL PRIMARY CARE CENTER, INC.
ATENCIÓN: ADMINISTRACIÓN
P.O. BOX 749
OCILLA, GA 31774**

Teléfono 229-468-9166
Fax 229-468-9188

South Central Primary Care Center ofrece un programa Sliding Scale Fee a nuestros pacientes que caen dentro de los lineamientos de ingreso basado en el nivel Federal de pobreza que se emiten cada año. Elegibilidad para este programa es dependiente sobre el número de miembros de la familia en el hogar y total de ingresos. Todos los pacientes que caen dentro de las categorías de nivel de pobreza y que presente la información necesaria para solicitar el programa Sliding Scale Fee son elegibles para recibir los beneficios del programa.

Hay cuatro niveles del Programa Sliding Scale Fee.

NIVEL 1	100% - Aprobado para la carga mínima de \$25.00
NIVEL 2	75% - Cargo mínimo de \$30.00
NIVEL 3	50% - Cargo mínimo de \$50.00
NIVEL 4	25% - Cargo mínimo de \$75.00

* Pueden aplicarse cargos adicionales (laboratorios, etcétera.)

La recepcionista de la oficina le ayudará a completar la solicitud. Será autorizado por la Administración y el porcentaje que usted califica será determinado sobre la base de las normas del gobierno federal. Las recepcionistas revisarán la aplicación de la Sliding Scale Fee y lo aconsejara en los cargos y cualquier otra preocupación que tenga. La aplicación de la Sliding Scale Fee estará activa hasta un año desde la fecha de aprobación inicial. Después de eso, se le pedirá presentar una nueva solicitud para continuar su participación en el programa.

****** Usted se puede auto-declarar para la visita de hoy; esta declaración será válida por solo una visita. Tendrá 30 días a partir de la fecha en que se le entregue la solicitud para devolver la solicitud completa (incluyendo toda la documentación requerida). Después de 30 días, usted será responsable de los cargos totales.* ****

Gracias por dar a South Sentral Primary Care Center la oportunidad de servir a usted y su familia con la mejor atención médica.

DATE ISSUED _____ **DUE DATE** _____

ACCOUNT # _____ **LOCATION** _____

APPLICANT _____

SCPCC STAFF MEMBER _____

SOUTH CENTRAL PRIMARY CARE CENTER, INC.

APLICACIÓN DE SLIDING SCALE FEE

POR FAVOR AÑADIR COPIAS DE VERIFICACIÓN A ESTA SOLICITUD:

PRUEBA DE DOMICILIO: (ejemplos) _____

1. Factura de utilidad o factura telefónica
2. Forma de impuestos con la dirección

PRUEBA DE INGRESOS: (ejemplos) _____

1. Impuestos federales (incluyen todas las páginas).
2. Talones de pago recientes (durante un mes consecutivo).
3. Declaración de No ingreso (por individual de familia, mayores de 18 años) de las personas que pueden verificar sin ingresos o no empleo.
4. Declaración de la oficina de Social Security indicando que el cliente recibe o no recibe beneficios.
5. Declaración del Departamento de Servicios para Familias y Niños mostrando que el cliente recibe o no beneficios.
6. Carta de una instalación pública que verifica la residencia y / o ningún ingreso.

COPIA DE IDENTIFICACION DE FOTO _____

ACCOUNT # _____ LOCATION _____

APPLICANT NAME _____

DATE _____

SOUTH CENTRAL PRIMARY CARE EMPLOYEE RECEIVING INFORMATION

SOUTH CENTRAL PRIMARY CARE CENTER, INC.
APLICACIÓN DE SLIDING SCALE FEE

ACCOUNT # _____ LOCATION _____

NOMBRE DEL SOLICITANTE _____

DIRECCION _____

CUIDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____

NÚMERO EN FAMILIA _____ INGRESO MENSUAL _____

TELÉFONO DE CASA: _____ TELÉFONO CELULAR: _____

¿LE PAGAN SEMANAL O QUINCENAL? _____

POR FAVOR, LISTE A TODOS LOS MIEMBROS FAMILIARES DEL HOGAR (**NO PONGA** a las personas que residen en su domicilio físico que no forman parte de su unidad familiar y que no contribuyen financieramente a su unidad familiar)

_____ F. D. N _____ RELACION _____

_____ F. D. N _____ RELACION _____

_____ F. D. N _____ RELACION _____

_____ F. D. N _____ RELACION _____

_____ F. D. N _____ RELACION _____

_____ F. D. N _____ RELACION _____

YO POR LA PRESENTE JURO O AFIRMO QUE AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA Y CORRECTA. INFORMARÉ A SOUTH CENTRAL PRIMARY CARE CENTER SI HAY UN CAMBIO SIGNIFICATIVO EN MIS INGRESOS. ENTIENDO QUE INFORMACIÓN FRAUDULENTO O ENGAÑOSA ESTÁ SUJETA A PENALIZACIONES BAJO LEYES FEDERALES QUE PUEDEN INCLUIR MULTAS Y PRISIÓN.

FIRMA DEL SOLICITANTE/TUTOR _____ FECHA _____

SCPCC WITNESS _____ DATE _____

SOUTH CENTRAL PRIMARY CARE CENTER, INC.

APLICACIÓN DE SLIDING SCALE FEE

DECLARACIÓN DE NO INGRESOS

Yo, _____ Certifico que no tengo ningún fuente de ingresos.

SOLICITANTE

En este tiempo _____ proporciona alimento,

TUTOR

Ropa y abrigo para mí. No estoy trabajando en este momento porque _____

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA

Yo, _____ certifico que proporciono comida, ropa y

TUTOR

Vivienda para la persona de arriba.

FIRMA DEL TUTOR

FECHA

Sworn to and subscribed before me
this _____ day of _____, 20 _____.

(NOTARY PUBLIC)

My Commission Expires: _____

ACCOUNT # _____ LOCATION _____