

Data de aplicação: _____
Tabela de preço reduzido temporario:\$ _____
Plano de Saúde: Sim/Não _____
Tipo de Seguro: _____
Date of Service: _____

2/2020

VOCÊ QUALIFICA PARA UM DESCONTO?

Island Health Care Community Health Center (IHC) oferece descontos para os pacientes com renda elegíveis. Nos chamamos de "Tabela de preço reduzido". MESMO QUE VOCÊ TENHA PLANO DE SAÚDE, VOCÊ PODE QUALIFICAR!!

Informações do Provedor da Família: _____

PACIENTE Nome : (Primeiro, Meio, Ultimo) _____ Data de Nascimento: _____

Endereço: _____ Cidade/Estado/CEP _____

Melhor telefone para falar com você _____ # de membros da família em casa: _____

Renda Familiar Anual\$ _____

Informações da Família: Liste todos os membros da família, incluindo você mesmo na linha 1.

Nome	DDN	Relação	Empregado	Renda Anual
------	-----	---------	-----------	-------------

1. _____	_____	_____	Sim/Não	\$ _____
----------	-------	-------	---------	----------

2. _____	_____	_____	Sim/Não	\$ _____
----------	-------	-------	---------	----------

3. _____	_____	_____	Sim/Não	\$ _____
----------	-------	-------	---------	----------

4. _____	_____	_____	Sim/Não	\$ _____
----------	-------	-------	---------	----------

5. _____	_____	_____	Sim/Não	\$ _____
----------	-------	-------	---------	----------

RENDA ZERO? SE SIM, TODAS AS PERGUNTAS A SEGUIR DEVEM SER RESPONDIDAS PARA SE QUALIFICAR.

Nome do ultimo empregador: _____ Data do ultimo trabalho ____ Valor de salário já recebido este ano? ____

Por favor, explicar como foram atendidas suas necessidades básicas: (como você faz para pagar)

Comida _____ Utilitários: _____ Abrigo: _____ Itens não-alimentares: _____

_____, certifico que não tive nenhuma fonte de renda desde _____

(Nome)

Você pretende trabalhar _____ **Sim, Quando** _____ **Qual será sua renda semanal** _____

Por favor, assine este simples atestado: certifico que as informações fornecidas são precisas para o melhor de meu conhecimento, e que se eu pagar uma taxa com desconto para a visita de hoje, **irei fornecer a documentação exigida para o IHC dentro de 14 dias ou na data da minha próxima consulta, o que for primeiro.** Se após a revisão o IHC determinar que eu não qualifico para um desconto ou se eu deixar de apresentar a documentação necessária, concordo que sou responsável pela taxa sem-desconto para visita de hoje. Entendo que serei pedido para atualizar esta informação anualmente. Entendo que sou totalmente responsável por minha conta se não cumprir com os requisitos acima.

Nome Completo (Nome Imprenso)

Assinatura

Data de Hoje

Uma das seguintes formas de comprovação de renda DEVE ser fornecida no prazo de 14 dias desta aplicação.

a. O retorno de imposto de renda mais recente anexado do W2 e/ou 1099"s

b. Cheques: dois ou mais contra-cheques recente consecutivos.

c. Carta do empregador: para aqueles que não recebem um salário em cheque, uma carta do empregador detalhando o atual valor bruto e frequência de períodos de pagamento sera aceito Informações de contato devem ser fornecidas para que a informação possa ser verificada.