



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de Seguridad Social: _____ Fecha de la evaluación: _____

Tamaño de la familia

Definición del tamaño de la familia: Miembros de su familia enumerados a continuación, a los que ayuda.

Tamaño de la familia (hogar): Se considera hogar al cónyuge legal del paciente y/o a los dependientes legales. Los hogares también incluyen a las parejas no casadas, los abuelos que crían niños y las unidades familiares no tradicionales que viven en la misma casa.

Enumere todos los miembros de la familia (hogar), incluido usted mismo (si corresponde).

Nombre	Número de seguridad social	Fecha de nacimiento	Relación

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la evaluación: _____

Ingresos del hogar

Definición de ingresos del hogar: Todos los ingresos que reciben los miembros de su familia. Los pacientes deberán presentar documentación como prueba de ingresos, tal y como se define a continuación; prueba de identidad; y prueba de residencia.

Esto incluye:

- Sueldos, salarios y propinas brutos, indemnización por desempleo, ingresos de empresas o explotaciones agrícolas (beneficios o pérdidas netas), paga por enfermedad, paga por huelga, plan de pensiones que paga una persona, ingresos de talleres protegidos, pensiones, prestaciones de la Seguridad Social (tanto por jubilación como por invalidez), paga militar, ingresos por alquileres, cánones, sociedades, S-Corp, plusvalías, dividendos, pensión alimenticia, otros ingresos (por ejemplo, ingresos por juegos de azar, lotería y aficiones).

La documentación requerida incluye cualquiera de las siguientes:

- Declaración de la renta federal
- Recibos de pago (al menos los 2 últimos recibos de pago por cada miembro del hogar que trabaje)
- Carta del empleador verificando el empleo (sólo si se paga en efectivo)
- Carta de resumen de la prestación por desempleo (sólo si se cobra el pago)
- Verificación de las prestaciones de Seguridad Social o de discapacidad
- Declaración de ingresos por jubilación
- Documentación del Departamento de Asistencia Pública
- Cualquier otro documento oficial que acredite los ingresos

Se utilizará un formulario de autodeclaración si el paciente no tiene pruebas de ingresos.

Indique todas las fuentes de ingresos (mensuales) de cada miembro de la familia:

Fuente de ingresos	Propia	Cónyuge	Miembro(s) de la familia	Total
Salarios brutos, Sueldos, propinas, etc.				
Jubilación ferroviaria, pensión, plan de pensiones, paga militar, seguridad social Beneficios				
Ingresos de empresa o de explotación agrícola				
Otros (de la lista anterior)				
Ingresos totales mensuales				



Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de la evaluación: _____

La información que he proporcionado en relación con el tamaño de mi familia y los ingresos anuales de mi familia de todas las fuentes es verdadera, precisa y completa a lo mejor de mi conocimiento. He dado esta información con el propósito de determinar la elegibilidad de mi familia para las tarifas reducidas de los servicios proporcionados por Lifecare Family Health & Dental Center, Inc.

Entiendo que dar información falsa a sabiendas en este caso puede resultar en un proceso penal bajo las leyes del Estado de Ohio.

Me comprometo a informar a Lifecare de cualquier cambio en mis ingresos o en el tamaño de mi familia antes o en el momento de mi próximo contacto o de cualquier contacto de cualquier miembro de mi familia. Sé que se seguirá confiando en la información que he proporcionado hasta que se modifique.

Entiendo que debo completar una nueva solicitud de tarifa reducida. Los pacientes que ya reciben tarifas reducidas deben volver a solicitarlas antes de la fecha de vencimiento de los descuentos existentes. Cada solicitud de tarifa reducida expira un año a partir de la fecha de aprobación de la solicitud inicial o de renovación. Se evaluará la elegibilidad del paciente según la escala (Directrices Federales de Pobreza) en vigor en el momento de la evaluación. Si Lifecare tiene razones para sospechar que la información que he dado es falsa, inexacta, o que no he reportado correctamente los cambios, Lifecare puede iniciar una revisión de mi estado y yo autorizaré el acceso a todos mis registros financieros. Si rechazo la autorización, Lifecare dejará de descontar mi cuenta familiar.

Entiendo que las Tarifas Reducidas se aplican únicamente a los servicios prestados por Lifecare. La Tarifa Reducida no se aplicará a los servicios recibidos de otras entidades que no sean Lifecare. La tarifa reducida no se aplica a los servicios prestados por laboratorios, hospitales u otras entidades, ni a las recetas médicas.

Entiendo que si tengo derecho a las tarifas reducidas, se espera que pague la tarifa asociada en el momento de cada visita al consultorio.

Mi firma a continuación indica que toda la información que he proporcionado es verdadera a mi leal saber y entender.

He recibido la notificación de mi descuento de tarifa reducida.

Ingresos brutos anuales _____ Número de personas a cargo, incluido el solicitante: ____

Determinación del nivel: _____ Fecha de inicio: _____ Fecha de finalización: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del testigo: _____ Fecha: _____



Acuerdo financiero

Por la presente doy mi consentimiento a todo el tratamiento que el personal de Lifecare Family Health & Dental Center, Inc. considere necesario. Autorizo a Lifecare Family Health & Dental Center, Inc. (LIFECARE FHDC) a usar, divulgar y/o recibir cualquier o toda la información relacionada con mi tratamiento. Mi proveedor puede ponerse en contacto con cualquier otra entidad cubierta que me haya prestado servicios con el fin de obtener un diagnóstico adicional.

LIFECARE FHDC ha llegado a acuerdos previos con muchos planes de salud para aceptar pagos directos. LIFECARE FHDC facturará aquellos planes para los que haya hecho un acuerdo previo y sólo le exigirá que pague el copago autorizado en el momento del servicio. Estoy de acuerdo en que soy responsable de los copagos, deducibles y tarifas de los servicios no cubiertos.

Por la presente autorizo la divulgación de la información necesaria para presentar un reclamo a mi compañía de seguros y **asignar los beneficios, que de otro modo me corresponderían, al médico o grupo indicado en el reclamo.** Soy responsable de cualquier derivación y/o autorización requerida por mi compañía de seguros. Entiendo que soy financieramente responsable de cualquier saldo no cubierto por mi seguro. Mi póliza de seguro, si es aplicable, es un contrato entre mi compañía de seguros y yo. LIFECARE FHDC no es responsable de cobrar un reclamo de seguro o de negociar un acuerdo sobre un reclamo disputado.

Como cortesía para el paciente, LIFECARE FHDC presentará los reclamos a cualquier compañía de seguros. Si la cobertura del paciente es con un plan que LIFECARE FHDC no tiene acuerdo previo, los cargos por la atención y el tratamiento del paciente son responsabilidad del paciente y se deben pagar en su totalidad en el momento del servicio.

LIFECARE FHDC ofrece tarifas reducidas a los pacientes que califican como no asegurados. Entiendo que, a menos que yo o mi proveedor de cobertura médica hayamos hecho otros arreglos por adelantado, **el pago se debe hacer en el momento del servicio.** Para todos los servicios prestados a menores, el padre o tutor legal será responsable de todos los gastos.

Para la comodidad del paciente LIFECARE FHDC aceptará Visa, MasterCard, Dinero en Efectivo y Cheque Personal. **Se cobrará una multa de \$10.00 a los pacientes por todos los cheques sin fondos suficientes y se requerirá que el paciente pague en efectivo para todas las visitas futuras.**

Entiendo que LIFECARE FHDC no está en el negocio de extender crédito y estoy de acuerdo en pagar la práctica anterior en el momento en que se presente su factura. Si no se efectúa el pago puntual, LIFECARE FHDC tomará medidas para cobrar sus cargos. En casos extremos de impago, LIFECARE FHDC se reserva el derecho de despedir al paciente de la consulta.

ENTIENDO QUE PUEDE HABER CARGOS ADICIONALES A MI COPAGO. ACEPTO PAGAR DICHOS CARGOS.

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Firma del padre/tutor legal: _____ Fecha: _____