



Cabarrus Rowan Community Health Centers, Inc.

Aplicación Para **PROGRAMA DE DESCUENTO** De Tarifas

Nombre Del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha: _____

Se me ha dado la oportunidad de solicitar el programa de escala de descuento, y yo rechazo la oportunidad de solicitar el programa de escala de descuento de CRCHC.

Firma del Paciente (O Tutor): _____ Fecha: _____

Los datos recopilados en este formulario solo se utilizaran para obtener información sobre usted y su familia, para que podamos satisfacer mejor sus necesidades médicas y de salud del comportamiento.

- 1. ¿Está usted cubierto bajo Medicaid, Medicare o cualquier otro Seguro médico? _____ Si _____ No
- 2. ¿Desea asistencia para solicitar o Volver a solicitar Medicaid? _____ Si _____ No
- 3. ¿Está usted empleado? _____ Si _____ No

Completado por el paciente/tutor: Por favor inclúyase usted, su esposo, pareja, hijos, y cualquier persona que viva con usted bajo el mismo ingreso.

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Ingreso	Frecuencia	Prueba De Ingreso	Planes de Seguro médico de cual tiene cobertura

Entiendo que la información que proporcione está sujeta a verificación por parte de CRCHC. Estoy de acuerdo en que la información es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa puede hacer que se me niegue la posibilidad de solicitar el programa de descuento, y además, acepto cumplir con todos los términos y condiciones del Programa de escala de descuento. Informaré de cualquier cambio en la información dada a CRCHC.

Yo entiendo que si solicito asistencia financiera y no tengo ninguna fuente de ingresos o no tengo comprobante de ingresos hoy, CRCHC descontará mis servicios de hoy basado en un estimado del ingreso. Sin embargo, seré totalmente responsable de cualquier otra visita posterior en la clínica de CRCHC, si no traigo comprobantes de ingresos antes de 10 días.

Firma de Paciente/ Tutor

Nombre impreso

Fecha

Staff Name

% Approved

Date