

**SAINT YOUSTINA**  
**PROGRAMA DE ESCALA DE DESCUENTO**  
**SOLICITUD DE PLAN DE ASISTENCIA FAMILIAR**  
**All Facilities**

SAINT YOUSTINA tiene la póliza de proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen dependiendo de los ingresos y el tamaño de la familia. Complete la siguiente información y devuélvala a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en SAINT YOUSTINA, pero **no** a los servicios que se proveen fuera de SAINT YOUSTINA, como pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos, interpretación de rayos X por un radiólogo consultor y servicios similares. Con la esperanza de que su salud económica mejore, los descuentos se aplican solo a los servicios actuales, no a los servicios en el futuro. Este formulario debe completarse anualmente y / o si hay algún cambio. Por favor, pregunte en la recepción si tiene alguna pregunta.

\*Número de miembros de su hogar:

<b>Nombre de cabeza de familia:</b>			
<i>Apellido</i>	<i>Nombre</i>	<i>Inicial</i>	
<b>Plan De Seguro Médico:</b>		<b>No. de Seguro Social (SSN):</b>	
<b>Dirección:</b>		<b>Ciudad:</b>	<b>Código Postal:</b>
<b>Teléfono Residencial:</b>	<b>Teléfono Celular:</b>	<b>Teléfono del Trabajo:</b>	
<b>EMPLEADOR:</b>		<b>OCUPACIÓN:</b>	

Favor de incluirse, su cónyuge, y dependientes menores de 18 años de edad

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento		
Solicitante		DEPENDIENTE #3			
Cónyuge		DEPENDIENTE #4			
DEPENDIENTE #1		DEPENDIENTE #5			
DEPENDIENTE #2		DEPENDIENTE #6			
Fuente de ingreso		Solicitante	Cónyuge	Otros	Total
Ingresos brutos, salarios, propinas etc.					
Seguro Social, pensión, anualidad, y beneficios al veterano					
Pensión alimenticia, manutención de los hijos, parcelas familiares militares					
Ingresos del negocio, autoempleo y dependientes.					
Recibos de ingreso de alquiler, interés, dividendo, y otros ingresos					
<b>Ingreso Total</b>					

**\*Nota:** Incluya los ingresos de todas las personas relacionadas en el hogar y los ingresos de todas las fuentes, incluyendo ingresos brutos, salarios, propinas, Seguro Social, beneficios de incapacidad, pensiones, anualidades, beneficios de veteranos, negocios o por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención de hijos, militar, compensación por el desempleo, y ayuda pública.

LISTA DE VERIFICACIÓN (Adjuntar copias)	Sí	No
<b>Identificación / Dirección:</b> Licencia de Conducir, Certificado de Nacimiento, Identificación de Empleo, Tarjeta de Seguro Social		
<b>Ingresos:</b> declaración de impuestos del año anterior, tres talones de pago más recientes		
<b>Seguro:</b> Tarjeta (s) de seguro		
<b>Medicaid:</b> Solicitud presentada o evidencia de rechazo.		

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta. Es posible que se requieran copias de las declaraciones de impuestos, recibos de pago y otra información que verifique los ingresos antes de aprobar un descuento.

**Nombre (molde):** \_\_\_\_\_ **Firma/Fecha:** \_\_\_\_\_

<b>OFFICE USE ONLY</b>	
Patient Name: _____	Discount: _____
Date of Service: _____	Approved by: _____