



Formulario de Registro de Pacientes

El formulario es para pacientes nuevos o pacientes que no han sido atendidos por un proveedor en más de dos años. Deberá completar este formulario en su totalidad antes de su primera cita.

DECLARACIÓN DEL PROGRAMA DE ESCALA DE TARIFAS DE DESCUENTO

DECLARACIÓN DE INGRESOS

Yo, [Tu Nombre] _____, declaro mis ingresos anuales como \$ _____. Al hacer esta declaración, entiendo que puedo calificar para un período de elegibilidad de un mes para el programa de escala de tarifas de descuentos de Heart of Florida Health Centers Inc. basado en los ingresos declarados anteriormente. Después de este período inicial de un mes, debo proporcionar documentación de ingresos (como talonarios de pago, W-2, Negación de Medicaid, documentación de cupones de alimentos, etc.) para mantener mi estado de elegibilidad. La falta de proporcionar dicha documentación resultará en ser designado como Tarifa Completa. Reconozco que solo puedo auto-declarar mis ingresos una vez al año en Heart of Florida Health Centers Inc.

PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE DESCUENTOS

- Opción A:** Estoy proporcionando los detalles de mis ingresos, pero opto por no solicitar el programa de Escala de Tarifas de Descuentos de Heart of Florida Health Centers Inc. Médico, Dental, de Salud Conductual y Farmacia. Al rechazar, acepto la responsabilidad financiera de la factura completa, incluidas las tarifas no cubiertas por mi plan de seguro, y acepto pagar cualquier saldo pendiente en su totalidad.
- Opción B:** Estoy proporcionando los detalles de mis ingresos y deseo solicitar el programa de Escala de Tarifas de Descuentos de Heart of Florida Health Centers Inc. Médico, Dental, de Salud Conductual y Farmacia. (Se le requerirá completar una Solicitud de Escala Deslizante y proporcionar comprobante de ingresos, residencia e identificación con foto.)
- Opción C:** Rechazo proporcionar detalles de ingresos y, por lo tanto, rechazo solicitar el programa de Escala de Tarifas de Descuentos de Heart of Florida Health Centers Inc. Médico, Dental, de Salud Conductual y Farmacia. Al rechazar, acepto la responsabilidad financiera de la factura completa, incluidas las tarifas no cubiertas por mi plan de seguro, y acepto pagar cualquier saldo pendiente en su totalidad.

Al firmar a continuación, acepto los requisitos y expectativas anteriores.

Nombre (letra de molde): _____
Firma: _____

Relación con el Paciente:

- Paciente
- Padre/Tutor
- Custodio Legal
- Guardian Legal

Fecha:

___/___/___

Necesita actualización anual.

Nombre del Paciente: _____



Formulario de Registro de Pacientes

El formulario es para pacientes nuevos o pacientes que no han sido atendidos por un proveedor en más de dos años. Deberá completar este formulario en su totalidad antes de su primera cita.

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTOS

Se **REQUIERE** completar completamente este formulario si seleccionó la **Opción B** en la página anterior
DECLARACIÓN DEL PROGRAMA DE ESCALA DE TARIFAS DE DESCUENTO

En Heart of Florida Health Center, ofrecemos servicios esenciales a todos, independientemente de su capacidad de pago. Los descuentos están disponibles según los ingresos y el tamaño del hogar. Una "Familia" incluye a todas las personas que viven juntas y están relacionadas por sangre, matrimonio o ley, incluidos adultos y niños menores de edad. Los parientes mayores de 18 años que no son estudiantes de tiempo completo no pueden considerarse dependientes para este proceso de solicitud. Por favor, responda las siguientes preguntas para ver si usted o los miembros de su familia califican para nuestro programa de tarifas de descuentos.

Información Requerida		
TAMAÑO DE LA FAMILIA El total de dependientes incluye a todos los miembros de la familia inmediata que viven en el hogar (por ejemplo, madre/padre/hijos) y cualquier persona que viva en el hogar y contribuya mutuamente a los gastos del hogar.	_____ # de adultos _____ # de niños	
INGRESOS Incluya los ingresos de todos los dependientes en el hogar e ingresos de todas las fuentes, incluidos salarios brutos, propinas, seguro social, discapacidad, pensiones, anualidades, pagos de veteranos, ingresos netos de negocio o autoempleo, pensión alimenticia, manutención de menores, militar, desempleo, ayuda pública y otros.	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal (52 semanas) <input type="checkbox"/> Quincenal (24 semanas) <input type="checkbox"/> Mensual (12 meses) <input type="checkbox"/> Anual (1 año)
Por favor, marque toda la documentación de respaldo que proporcionará con esta solicitud		
PRUEBA DE INGRESOS: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ingresos y Declaración de Impuestos Federales (por ejemplo, W-2) <input type="checkbox"/> Talónario de Pago <input type="checkbox"/> Carta de Determinación o Verificación de Beneficios del Gobierno <input type="checkbox"/> Documentación de empleo propio <input type="checkbox"/> Declaración del Empleador (firmada por el empleador con el logotipo de la empresa) <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No se presentó ningún ingresos. <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> El formulario de Auto-Declaración debe completarse. <input type="radio"/> Se necesita una Carta de Apoyo si los ingresos del hogar son 0 	IDENTIFICACIÓN EMITIDA POR EL GOBIERNO: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Formulario de Inmigración de EE. UU. <input type="checkbox"/> Otro: _____ 	

Nombre (letra de molde): _____
Firma: _____

Relación con el Paciente:
 Paciente Custodio Legal
 Padre/Tutor Guardian Legal

Fecha: ____/____/____

Necesita actualización anual.

Nombre del Paciente: _____