



Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Información del seguro (se requiere copia de la tarjeta del seguro)

Heart of Florida Health Center facturará a su seguro por los servicios cubiertos según su plan de seguro. Los padres/tutores deben proporcionar información precisa y actualizada sobre el seguro para evitar retrasos. Si los detalles del seguro no se actualizan o la cobertura cambia, puede afectar la facturación adecuada.

 EL PACIENTE NO TIENE SEGURO

	Primario	Secundario	Dental	Visión
<i>Compañía de seguros:</i>				
<i>Empleador:</i>				
<i>Nombre del titular de la póliza:</i>				
<i>Número de póliza:</i>				
<i>Fecha de nac. del titular de la póliza:</i>	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___
<i>Relación con el paciente:</i>	<input type="checkbox"/> Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge/Pareja <input type="checkbox"/> Padre/Tutor			

Sección 3: Certificación de ingresos- Autodeclaración (requerida para todos los pacientes)**1. Tamaño del hogar** (número de personas en el hogar, según lo definido por las reglas de dependencia fiscal)
 1 2 3 4 5 6 7 8+ (Especificar: _____)
2. Certificado de ingresos (seleccione el rango que mejor represente los ingresos totales de su hogar)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> \$0 - \$20,000 | <input type="checkbox"/> \$80,001 - \$100,000 |
| <input type="checkbox"/> \$20,001 - \$40,000 | <input type="checkbox"/> \$100,001 - \$120,000 |
| <input type="checkbox"/> \$40,001 - \$60,000 | <input type="checkbox"/> \$120,001 - \$140,000 |
| <input type="checkbox"/> \$60,001 - \$80,000 | <input type="checkbox"/> Más de \$140,000 |

3. ¿Está solicitando el Programa de Descuento de Tarifa?

- Sí (Sección completa #6)**
- No: Tenga en cuenta:** Al rechazar, reconozco que elijo pagar las tarifas completas por los servicios recibidos en Heart of Florida Health Centers Inc., incluyendo cualquier tarifa no cubierta por mi seguro. Estoy de acuerdo en pagar cualquier saldo en su totalidad.

Atestación:

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que esta información puede estar sujeta a verificación. Autorizo que Heart of Florida Health Center (HFHC) envíe facturas y reciba pagos de Medicare, Medicaid, seguro u otros programas que ayuden a pagar mi atención médica. Entiendo que, si mi seguro o programa no paga HFHC, debo pagar por el servicio, incluidos los copagos, coaseguros o deducibles. Me comprometo a pagar mi factura a tiempo.

Nombre: _____

Relación con el paciente:

Fecha: _____

Firma: _____

-
- Paciente
-
-
- Padre

-
- Custodio Legal
-
-
- Tutor legal

_____/_____/_____



Aplicación del Programa de Descuento de Tarifa (Complete esta sección solo si solicita el programa)

Comprobante de ingresos (Marque todo lo que corresponda).	Identificación emitida por el gobierno (requerida para todos los solicitantes).
<input type="checkbox"/> Declaración de Salarios e Impuestos Federales (por ejemplo, W-2)	<input type="checkbox"/> Licencia de conducir
<input type="checkbox"/> Talones de pago recientes	<input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="checkbox"/> Carta de determinación o verificación de beneficios	<input type="checkbox"/> Formulario de inmigración de EE. UU.
<input type="checkbox"/> Documentación del libro de ingresos por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Carta del empleador (firmada en papel membretado de la empresa)	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> No tengo comprobante de ingresos (complete la Declaración de Ausencia de Ingresos a continuación)	

Declaración de No Ingresos (Complete solo si seleccionó "No se proporcionó comprobante de ingresos" arriba).

1. Confirmo que no recibo dinero de ninguna de las siguientes fuentes:

- Salarios de un trabajo (incluyendo propinas, bonificaciones o comisiones)
- Dinero de mi propio negocio
- Pagos de alquiler de la propiedad que poseo
- Intereses o dividendos de ahorros o inversiones
- Pagos de Seguro Social, jubilación, pensión o seguro
- Prestaciones por desempleo o discapacidad
- Asistencia gubernamental (como cupones de alimentos o ayuda en efectivo)
- Pensión alimenticia, manutención de los hijos o ayuda financiera de alguien fuera de mi hogar
- Dinero de la venta de productos (por ejemplo, Avon, Mary Kay, etc.)
- Otros ingresos

2. Certificación de Apoyo Financiero

Confirmo que no tengo ingresos en este momento y no espero ningún cambio pronto. Si mi situación financiera cambia, informaré a Heart of Florida Health Centers Inc. Mis necesidades básicas (vivienda, alimentación, servicios públicos) están cubiertas por:

Nombre: _____ o Agencia (si corresponde): _____
 Teléfono: _____ Dirección: _____

3. Reconocimiento y Certificación

Confirmo que la información que proporcioné es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que dar información falsa, incompleta o engañosa puede resultar en la pérdida de la asistencia de Heart of Florida Health Centers Inc.

Nombre: _____ Relación con el paciente: _____ Fecha: _____
 Firma: _____ Paciente Custodio Legal
 Padre Tutor legal