

[Type here]



PAQUETE PEDIATRICO

FECHA: _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial de Segundo Nombre: _____
Direccion: _____ Ciudad: _____ Estado: _____
Teléfono: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____ No. de Seguro Social _____

Nombre Completo de Madre: _____	Número de Celular.: _____
Nombre Completo de Padre: _____	Número de Celular: _____
Empleador de La Madre _____	Número de Celular _____
Empleador del Padre: _____	Número de Celular: _____

SEGURO / INFORMACIÓN DE PAGO:	**Pago Propio: Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>
Seguro Primario: _____	Suscriptor: _____ ID: _____
Seguro Secundario: _____	Suscriptor: _____ ID: _____
Seguro Terciario: _____	Suscriptor: _____ ID: _____
CCHS OFRECE UN PROGRAMA DE TARIFA DE DESCUENTO ¿TE GUSTARÍA APLICAR? Sí <input type="radio"/> No <input type="radio"/>	

PORTAL WEB DEL PACIENTE:
CCHS OFRECE UN PORTAL EN LÍNEA GRATUITO Y SEGURO PARA VER REGISTROS MÉDICOS, SOLICITAR RECAMBIOS, MENSAJAR A SU PROVEEDOR Y MUCHAS OTRAS CARACTERÍSTICAS. TODO LO QUE TOMA ES UNA DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO ACTUAL. DIRECCIÓN DE CORREO: _____ @ _____ Una vez que ingresemos su dirección de correo electrónico en el sistema, recibirá instrucciones de inicio de sesión a través de su correo electrónico. <input type="radio"/> COMPRUEBE AQUÍ SI NO DESEA ACCEDER AL PORTAL WEB O NO TIENE UNA CUENTA PERSONAL DE CORREO ELECTRÓNICO.

¿QUIÉN ES SU FARMACIA PREFERIDA? _____
--

[Type here]

ANALISIS ESTADISTICO / DATOS ESTRUCTURADOS:

Raza: Rechazar Indio asiático Chino Filipino Japonés Coreano Vietnamita Otro asiático Guamantan o chamorro Samoano Otro isleño del Pacífico Afroamericano Caucásico Indio americano/nativo de Alaska Nativo de Hawái Más de una raza

ETNICIDAD: Hispano/Latino Hispano/Latino Rehuso a Contestar

IDENTIDAD SEXUAL: Heterosexual (no lesbiana o gay) Bisexual Lesbiana o gay Algo más No Se Elijo no revelar

TIPO DE RESIDENCIA: Propia Renta Alberge Sin Hogar(Calle) Sí No Transicional Amistades Familia

VIVIENDA PUBLICA: Sí No

Como Supiste de Nosotros?: EMPLEADOR FAMILIA AMISTADES PERIODICO MEDICO ESCUELA GATEWAY CARTELERA SAFE HARBOR EVENTO COMUNITARIO DEPT DE SALUD DFCS INTERNET FACEBOOK OTRO CMAP

INGRESOS FAMILIARES ANUALES: \$0-13,590 \$13,591-18,075 \$18,076-22,695 \$22,695-27,180

TAMAÑO DEL HOGAR: CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN SU HOGAR _____

CONSENTIMIENTO PARA TRATAR A UN MENOR:

Yo, _____ (Padre / Tutor) de _____, Fecha de Nacimiento: _____ por la presente autorizo a los proveedores de Coastal Community Health Services, Inc. para que diagnostiquen y traten a mi hijo menor como lo consideren conveniente. Entiendo que el tratamiento puede incluir procedimientos de diagnóstico, inmunizaciones y medicamentos. _____

Padre o Madre/Tutor _____ Fecha _____

AUTORIZACIÓN PARA PAGAR:

Por la presente autorizo el permiso de Coastal Community Health Services, Inc. para facturar a mi compañía de seguros y recibir el pago de los beneficios que de otra manera me serían pagados por el tratamiento brindado a mi hijo menor de edad. Entiendo que cualquier saldo no pagado por mi compañía de seguros es de mi entera responsabilidad. Además, entiendo que Coastal Community Health Services, Inc. no hace ninguna reclamación sobre lo que pagará mi compañía de seguros. Cada póliza es individual y es mi responsabilidad saber cuál es mi cobertura. Además, entiendo que si mi seguro caduca o si no estoy asegurado, soy totalmente responsable de todos los cargos por los servicios prestados.

Firma de Padre o Madre /Tutor _____ FECHA _____

COASTAL COMMUNITY HEALTH AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Su información. Sus derechos. Nuestras responsabilidades.

Esta notificación describe cómo puede utilizarse y divulgarse su información médica, y cómo puede acceder usted a esta información. **Revisela con cuidado.**

Sus derechos

Usted cuenta con los siguientes derechos:

- Obtener una copia de su historial médico en papel o en formato electrónico.
- Corregir en papel o en formato electrónico su historial médico.
- Solicitar comunicación confidencial.
- Pedirnos que limitemos la información que compartimos.
- Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido su información.
- Obtener una copia de esta notificación de privacidad.
- Elegir a alguien que actúe en su nombre.
- Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos de privacidad.

Sus opciones

Tiene algunas opciones con respecto a la manera en que utilizamos y compartimos información cuando:

- Le contamos a su familia y amigos sobre su estado personal.
- Proporcionamos alivio en caso de una catástrofe.
- Lo incluimos en un directorio hospitalario.
- Proporcionamos atención médica mental.
- Comercializamos nuestros servicios y vendemos su información.
- Recaudamos fondos.

Nuestros usos y divulgaciones

Podemos utilizar y compartir su información cuando:

- Lo atendemos.
- Dirigimos nuestra organización.
- Facturamos por sus servicios.
- Ayudamos con asuntos de seguridad y salud pública.
- Realizamos investigaciones médicas.
- Cumplimos con la ley.
- Respondemos a las solicitudes de donación de órganos y tejidos.
- Trabajamos con un médico forense o director funerario.
- Tratamos la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales.
- Respondemos a demandas y acciones legales.

Sus derechos

Cuando se trata de su información médica, usted tiene ciertos derechos. Esta sección explica sus derechos y algunas de nuestras responsabilidades para ayudarlo.

Obtener una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico

- Puede solicitar que le muestren o le entreguen una copia en formato electrónico o en papel de su historial médico y otra información médica que tengamos de usted. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Le entregaremos una copia o un resumen de su información médica, generalmente dentro de 30 días de su solicitud. Podemos cobrar un cargo razonable en base al costo.

Solicitar que corrijamos su historial médico

- Puede solicitar que corrijamos la información médica sobre usted que piensa que es incorrecta o está incompleta. Pregúntenos cómo hacerlo.
- Podemos decir "no" a su solicitud, pero le daremos una razón por escrito dentro de 60 días.

Solicitar comunicaciones confidenciales

- Puede solicitar que nos comuniquemos con usted de una manera específica (por ejemplo, por teléfono particular o laboral) o que enviemos la correspondencia a una dirección diferente.
- Le diremos "sí" a todas las solicitudes razonables.

Solicitar que limitemos lo que utilizamos o compartimos

- Puede solicitar que no utilicemos ni compartamos determinada información médica para el tratamiento, pago o para nuestras operaciones. No estamos obligados a aceptar su solicitud, y podemos decir "no" si esto afectara su atención.
- Si paga por un servicio o artículo de atención médica por cuenta propia en su totalidad, puede solicitar que no compartamos esa información con el propósito de pago o nuestras operaciones con su aseguradora médica. Diremos "sí" a menos que una ley requiera que compartamos dicha información.

Recibir una lista de aquellos con quienes hemos compartido información

- Puede solicitar una lista (informe) de las veces que hemos compartido su información médica durante los seis años previos a la fecha de su solicitud, con quién la hemos compartido y por qué.
- Incluiremos todas las divulgaciones excepto aquellas sobre el tratamiento, pago y operaciones de atención médica, y otras divulgaciones determinadas (como cualquiera de las que usted nos haya solicitado hacer). Le proporcionaremos un informe gratis por año pero cobraremos un cargo razonable en base al costo si usted solicita otro dentro de los 12 meses.

Obtener una copia de esta notificación de privacidad

- Puede solicitar una copia en papel de esta notificación en cualquier momento, incluso si acordó recibir la notificación de forma electrónica. Le proporcionaremos una copia en papel de inmediato.

Elegir a alguien para que actúe en su nombre

- Si usted le ha otorgado a alguien la representación médica o si alguien es su tutor legal, aquella persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones sobre su información médica.
- Nos aseguraremos de que la persona tenga esta autoridad y pueda actuar en su nombre antes de tomar cualquier medida.

Presentar una queja si considera que se violaron sus derechos

- Si considera que hemos violado sus derechos, puede presentar una queja comunicándose con nosotros por medio de la información de la página 1.

- Puede presentar una queja en la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos enviando una carta a: Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, llamando al 1-800-368-1019 o visitando www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, los últimos dos disponibles en español.
- No tomaremos represalias en su contra por la presentación de una queja.

Sus opciones

Para determinada información médica, puede decirnos sus decisiones sobre qué compartimos.

Si tiene una preferencia clara de cómo compartimos su información en las situaciones descritas debajo, comuníquese con nosotros. Díganos qué quiere que hagamos, y seguiremos sus instrucciones.

En estos casos, tiene tanto el derecho como la opción de pedirnos que:

- Compartamos información con su familia, amigos cercanos u otras personas involucradas en su atención.
- Compartamos información en una situación de alivio en caso de una catástrofe.
- Incluyamos su información en un directorio hospitalario.

Si no puede decirnos su preferencia, por ejemplo, si se encuentra inconsciente, podemos seguir adelante y compartir su información si creemos que es para beneficio propio. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza grave e inminente a la salud o seguridad.

En estos casos, nunca compartiremos su información a menos que nos entregue un permiso por escrito:

- Propósitos de mercadeo.
- Venta de su información.
- La mayoría de los casos en que se comparten notas de psicoterapia.

En el caso de recaudación de fondos:

- Podemos comunicarnos con usted por temas de recaudación, pero puede pedirnos que no lo volvamos a contactar.

Nuestros usos y divulgaciones

Por lo general, ¿cómo utilizamos o compartimos su información médica? Por lo general, utilizamos o compartimos su información médica de las siguientes maneras.

Tratamiento

- Podemos utilizar su información médica y compartirla con otros profesionales que lo estén tratando.

Ejemplo: Un médico que lo está tratando por una lesión le consulta a otro doctor sobre su estado de salud general.

Dirigir nuestra organización

- Podemos utilizar y divulgar su información para llevar a cabo nuestra práctica, mejorar su atención y comunicarnos con usted cuando sea necesario.

Ejemplo: Utilizamos información médica sobre usted para administrar su tratamiento y servicios.

Facturar por sus servicios

A través de nuestro portal de pacientes: Toda su información de salud es accesible por usted cuando se registra con un correo electrónico para acceder al portal del paciente.

- Podemos utilizar y compartir su información para facturar y obtener el pago de los planes de salud y otras entidades.

Ejemplo: Entregamos información acerca de usted a su plan de seguro médico para que éste pague por sus servicios.

¿De qué otra manera podemos utilizar o compartir su información médica? Se nos permite o exige compartir su información de otras maneras (por lo general, de maneras que contribuyan al bien público, como la salud pública e investigaciones médicas).

Tenemos que reunir muchas condiciones legales antes de poder compartir su información con dichos propósitos. Para más información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Ayudar con asuntos de salud pública y seguridad

- Podemos compartir su información médica en determinadas situaciones, como:
 - Prevención de enfermedades.
 - Ayuda con el retiro de productos del mercado.
 - Informe de reacciones adversas a los medicamentos.
 - Informe de sospecha de abuso, negligencia o violencia doméstica.
 - Prevención o reducción de amenaza grave hacia la salud o seguridad de alguien.

Realizar investigaciones médicas

- Podemos utilizar o compartir su información para investigación de salud.

Cumplir con la ley

- Podemos compartir su información si las leyes federales o estatales lo requieren, incluyendo compartir la información con el Departamento de Salud y Servicios Humanos si éste quiere comprobar que cumplimos con la Ley de Privacidad Federal.

Responder a las solicitudes de donación de órganos y tejidos

- Podemos compartir su información médica con las organizaciones de procuración de órganos.

Trabajar con un médico forense o director funerario

- Podemos compartir información médica con un oficial de investigación forense, médico forense o director funerario cuando un individuo fallece.

Tratar la compensación de trabajadores, el cumplimiento de la ley y otras solicitudes gubernamentales

- Podemos utilizar o compartir su información médica:
 - En reclamos de compensación de trabajadores.
 - A los fines de cumplir con la ley o con un personal de las fuerzas de seguridad.
 - Con agencias de supervisión sanitaria para las actividades autorizadas por ley.
 - En el caso de funciones gubernamentales especiales, como los servicios de protección presidencial, seguridad nacional y servicios militares.

Responder a demandas y acciones legales

- Podemos compartir su información médica en respuesta a una orden administrativa o de un tribunal o en respuesta a una citación.

Nuestras responsabilidades

- Estamos obligados por ley a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida.

- Le haremos saber de inmediato si ocurre un incumplimiento que pueda haber comprometido la privacidad o seguridad de su información.
- Debemos seguir los deberes y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y entregarle una copia de la misma.
- No utilizaremos ni compartiremos su información de otra manera distinta a la aquí descrita, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo. Si nos dice que podemos, puede cambiar de parecer en cualquier momento. Háganos saber por escrito si usted cambia de parecer.

Para mayor información, visite:

www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/factsheets_spanish.html, disponible en español.

Cambios a los términos de esta notificación

Podemos modificar los términos de esta notificación, y los cambios se aplicarán a toda la información que tenemos sobre usted. La nueva notificación estará disponible según se solicite, en nuestra oficina, y en nuestro sitio web.

Nombre de impresión

Firma

FECHA



Autorización y acuerdo de tratamiento

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

• Por la presente solicito voluntariamente, doy mi consentimiento y autorizo a los médicos, profesionales de enfermería, asistentes médicos, médicos de salud conductual, proveedores dentales u otros profesionales de Coastal Community Health Services a proporcionar tratamiento médico, planificación familiar, dental y quirúrgico confidencial, que incluye, entre otros, a procedimientos de diagnóstico, pruebas de laboratorio y administración de medicamentos según se considere necesario y aconsejable.

• Además, entiendo y reconozco que se puede realizar una prueba de VIH sobre mí o mi hijo, sin consentimiento por escrito, bajo las circunstancias que un empleado de Coastal Community Health Services sostenga una membrana mucosa percutánea u otra exposición a mi sangre u otros fluidos corporales.

Entiendo que el nuevo coronavirus de 2019, que causa la enfermedad COVID-19, ha sido declarado pandemia por la Organización Mundial de la Salud, es extremadamente contagioso y se cree que se transmite por contacto persona-a-persona. Reconozco que el personal de Coastal Community Health Services ha puesto en marcha medidas preventivas razonables destinadas a reducir la propagación de COVID-19. Sin embargo, reconozco y acepto el riesgo de infectarme por la virtud de buscar servicios en persona en Coastal Community Health Services.

ACUERDO PARA PAGAR POR LOS SERVICIOS

• Autorizo a Coastal Community Health Services a divulgar mi información médica necesaria a Medicare, Medicaid u otras compañías de seguros para procesar reclamos y autorizar el pago de beneficios médicos pagaderos directamente a CCHS.

• Entiendo que CCHS archivaré y completará los pasos necesarios para cobrar el pago de mi seguro.

• Entiendo que soy responsable de cualquier saldo de cuenta que no esté cubierto por un seguro o por cualquier servicio prestado en Coastal Community Health Services de acuerdo con la escala de tarifas móvil. Esto incluye cualquier parte deducible o copago de mi factura después del pago del seguro.

COASTAL COMMUNITY HS PELEA CADA PACIENTE PARA POTENCIAR POSIBLES DESCUENTOS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS. ESTA INFORMACIÓN PUEDE AYUDARLE A DISMINUIR SU NIVEL DE COPAGO O EL NIVEL DE SU DEDUCIBLE SI SU POLÍTICA INCLUYE TALES DISPOSICIONES.

TAMAÑO DEL HOGAR _____

INGRESO DEL HOGAR: { } \$ 0-14,580 { } \$ 14,581-19,931 { } \$ 19,932-24,349 { } \$ 24,350-29,160 { } > 29,161-36,450

Disminuir el lanzamiento de información de ingresos

Autorización y consentimiento para el acceso, uso y divulgación de información médica protegida a / de los servicios costeros de salud comunitaria*

- Doy mi consentimiento y autorizo a Coastal Community Health Services a almacenar mi información personal de salud protegida en un registro de salud electrónico a través de eClinicalWorks.
- Doy mi consentimiento para que Coastal Community Health Services y sus designados accedan y divulguen mi información de salud individualmente identificable (médica y dental) a eClinicalWorks.

Firma del paciente / tutor

Fecha

* Si firma como tutor legal, está verificando que está dando su consentimiento a las condiciones mencionadas anteriormente para su hijo menor de edad.



Autorización Para Compartir mi Información Medica Personal (HIPPA)

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Usted tiene el derecho de controlar quien vela información privada sobre su salud (Información Medica Protegida). Utilice esta forma para autorizar que algun familiar o amigo de confianza reciba información privada sobre su salud y su cuidado medico. **Esta autorización puede ser modificada en cualquier momento con una notificación por escrito.**

NO comparta mi Información Medica Protegida con nadie.

Si, autorizo que la(s) persona(s) mencionadas en la presente tengan acceso a mi Información Medica Privada.

Nombre: _____

Esta persona puede (Marque con sus iniciales las acciones que autoriza):

- Hacer o cancelar citas par mi
- Hablar con mi doctor o personal medico de mi parte
- Manejar mis documentos, resultados clinicos y recetas medicas
- Ver mi historial medico completo
- Ver mi historial financiero

Nombre: _____

Esta persona puede (Marque con sus iniciales las acciones que autoriza):

- Hacer o cancelar citas par mi
- Hablar con mi doctor o personal medico de mi parte
- Manejar mis documentos, resultados clinicos y recetas medicas
- Ver mi historial medico completo
- Ver mi historial financiero

Firma

Fecha



AUTHORIZATION TO RELEASE HEALTHCARE INFORMATION

Patient's Name: _____

Date of Birth: _____

Previous Name: _____

Social Security #: _____

***IF YOU HAVE ANY DOCTORS THAT YOU WOULD LIKE US TO REQUEST MEDICAL RECORDS FROM, PLEASE FILL IN THE LINE BELOW WITH THEIR NAME. PLEASE REQUEST ADDITIONAL FORMS IF NEEDED.**

I request and authorize _____ to release my healthcare information to
(Previous Doctor's Name/Clinic Name)

Coastal Community Health Services, INC.

Please check this box if you would like to authorize both people/ organization listed above to share authorized information.

This request and authorization apply to:

- Healthcare information relating to the following treatment, condition, or dates:

- All Healthcare information

- Other: _____

Definition: Sexually Transmitted Disease (STD) is defined by law, RCW 70.24 et seq., includes herpes, herpes simplex, human papilloma virus, wart, genital wart, condyloma, chlamydia, non-specific urethritis, syphilis, VDRL, chancroid, lymphogranuloma venereum, HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (acquired immunodeficiency syndrome), and gonorrhea.

- Yes I authorize the release of my STD results, HIV/AIDS testing, whether negative or positive,
- No to the person(s) listed above. I understand that the person(s) listed above will be notified that I must give specific written permission before disclosure of these test results to anyone.

- Yes I authorize the release of any records regarding drug, alcohol, or mental health treatment
- No to the person(s) listed above.

Patient Signature: _____

Date Signed: _____

Sliding Fee Scale Discount Application



NUEVA APLICACIÓN RECERTIFICACIÓN

INFORMACIÓN DEL APLICANTE

NOMBRE COMPLETO (Primer, MI, Último)	Fecha de Nacimiento
--------------------------------------	---------------------

*** MARQUE AQUÍ SOLO SI NO QUIERE SOLICITAR EL DESCUENTO DE ESCALA DE TARIFAS ***

Se me ha dado la oportunidad de presentar una solicitud de Coastal Community Health Center, Inc (CCHS) para el programa de descuento de servicios médicos.

NO deseo solicitar descuento de tarifa que Ofrece CCHS en este momento.

FIRMA DEL PACIENTE O GARANTE	FECHA
------------------------------	-------

INFORMACIÓN GENERAL

Las preguntas de este formulario solo se utilizarán para recopilar información sobre usted y su familia, para que podamos satisfacer mejor sus necesidades médicas, dentales, de salud conductual y / o de la vista (si está asegurado, puede calificar para copagos o deducibles con descuento. Si no tiene seguro, puede calificar para tarifas con descuento por los servicios prestados.) Esta información no se utilizará para retener o negar servicios.

Si No ¿Está cubierto por Medicaid, Medicare y / o cualquier otro seguro?

Si No ¿Estás desempleado?

Si No ¿Está incapacitado?

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Inclúyase usted mismo, su cónyuge / pareja y todos los dependientes que reciban el 50% o más de su manutención del jefe de familia.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el/la solicitante	Seguro Medico	Tipo de Seguro Medico
		Solicitante / Propio	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro: _____
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro: _____
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro: _____
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro: _____
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro: _____
			Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Otro: _____

DECLINACIÓN DE LOS REQUISITOS DE DOCUMENTACIÓN

Si no puede cumplir con los requisitos de documentación, debe proporcionar la cantidad de ingresos en efectivo, firmar la declaración de certificación del solicitante y proporcionar una carta de su empleador con el nombre de la empresa que verifique la cantidad de ingresos que proporciona. Si no completa esta información resultará en la denegación de su solicitud para un descuento de escala móvil.

MI INGRESO EN EFECTIVO ES:	\$	<input type="checkbox"/> Semanal	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Otro:
NOMBRE DE EMPLEADOR:					

DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Certifico que no tengo otra forma de documentar mis ingresos y que toda la información anterior es correcta. Entiendo que esta información se utilizará para determinar la elegibilidad para el Programa de descuento de tarifa variable de CCHS. Entiendo que los funcionarios de CCHS pueden verificar la información proporcionada en este formulario.

Firma del Paciente o Guardian del Paciente	FECHA
--	-------

DE
CE
DE

Sliding Fee Scale Discount Application

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

ingrese su **ingreso bruto** (el monto en dólares recibido antes de que se deduzcan los impuestos) en la siguiente tabla. Los ingresos del hogar incluyen todos los ingresos generados por todos los miembros del hogar. Se requiere prueba de ingresos antes de que el descuento entre en vigencia.

Nombre de ingreso (antes de impuestos o deducciones)	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE INGRESOS # 1	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE INGRESOS # 2	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE INGRESOS # 3	¿CON QUE FRECUENCIA RECIBE ESTE INGRESO?
Salarios laborales	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Salarios en efectivo	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Ingresos por discapacidad (no militares)	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Seguro Social	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Desempleo	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Compensación de trabajadores	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Mantenimiento de los hijos	No considerado	No considerado	No considerado	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Pensión alimenticia	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Propinas	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Auto-empleo	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Retirado(a)	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Discapacidad militar	No considerado	No considerado	No considerado	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro
Otros ingresos	\$	\$	\$	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro

Entiendo que si proporciono información falsa, será descalificado del programa y todos los cargos se pagarán en su totalidad de inmediato. Entiendo que se me pedirá que presente documentación de prueba de ingresos (1 mes / 4 semanas de recibos de pago, declaración de impuestos del año anterior, carta de la SSA, carta de concesión de desempleo, carta del empleador, etc.). Entiendo que cualquier pago de seguro recibido por mí o en mi nombre debe aplicarse a mi cuenta antes de recibir cualquier descuento. Al firmar este formulario, certifico bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Georgia que la información anterior es verdadera y correcta, y asumo la responsabilidad de comunicarme con CCHS en caso de que ocurra algún cambio en mi estado financiero o de seguro.

Firma del Paciente o Guardián del Paciente

FECHA

LO PARA USO DE LA OFICINA (se calculará una vez que se reciba la prueba de ingresos)

MERITO TOTAL EN EL HOGAR	Escala de Descuento	A	B	C	D	E
CANTIDAD DE INGRESO BRUTO # 1	\$	FECHA DE SOLICITUD COMPLETADA				
CANTIDAD DE INGRESO BRUTO # 2	\$	DESCUENTO ANTERIOR A				
CANTIDAD DE INGRESO BRUTO # 3	\$	INICIALES DEL REPRESENTANTE DE CCHS				
CANTIDAD TOTAL DE INGRESOS NETOS:	\$	APROBACIÓN ADMINISTRATIVA SI LA FECHA ANTERIOR ES DE MÁS DE 14 DÍAS				
INGRESO TOTAL ANUAL DEL HOGAR	\$					

STANDARD SERVICES SLIDING FEE SCHEDULE FOR QUALIFIED PATIENTS

	% of FPL					
	A ≤100% (Nominal Fee)	B 101%-133%	C 134%-167%	D 168%-200%	E >201%-250%	>250%
Family Size	Annual Income					
1	≤\$14,580	14,581 - 19,391	19,392 - 24,349	24,350 - 29,160	29,161 - 36,450	≥\$36,451
2	≤\$19,720	19,721 - 26,228	26,229 - 32,932	32,933 - 39,440	39,441 - 49,300	≥\$49,301
3	≤\$24,860	24,861 - 33,064	33,065 - 41,516	41,517 - 41,516	41,517 - 62,150	≥\$62,151
4	≤\$30,000	30,001 - 39,900	39,901 - 50,100	50,101 - 60,000	60,001 - 75,000	≥\$75,001
5	≤\$35,140	35,141 - 46,736	46,737 - 58,684	58,685 - 70,280	70,281 - 87,850	≥\$87,851
6	≤\$40,280	40,281 - 53,572	53,573 - 67,268	67,269 - 80,560	80,561 - 100,700	≥\$100,701
7	≤\$45,420	45,421 - 60,409	60,410 - 75,851	75,852 - 90,840	90,841 - 113,550	≥\$113,551
8*	≤\$50,560	50,561 - 67,245	67,246 - 84,435	84,436 - 101,120	101,121 - 126,400	≥\$126,401
MEDICAL VISIT **	\$ 25.00	\$55	\$75	\$95	100% of Charges	100% of Charges
DENTAL VISIT ***	\$ 50.00	\$70	\$100	\$140	100% of Charges	100% of Charges
DENTAL PREVENTATIVE (cleaning)	\$ 40.00	\$60	\$90	\$110	100 % of Charges	100 % of Charges
LAB ONLY VISIT	\$ 10.00	\$20	\$30	\$40	100 % of Charges	100 % of Charges
VISION EXAM	\$ 10.00	\$20	\$30	\$ 40	100 % of Charges	100 % of Charges
IN-HOUSE PHARMACY DISPENSING FEES	\$ 5.00	\$10	\$12	\$ 14	NO DISCOUNT	NO DISCOUNT
CONTRACT PHARMACY DISPENSING FEES	\$ 9.00	\$11	\$13	\$ 15	NO DISCOUNT	NO DISCOUNT
FAMILY PLANNING VISIT (TITLE X)	\$	\$20	\$45	\$65	\$85	100 % of Charges

* For family units with more than 8 members, add \$5,140 for each additional member. 2023 FPL figures are used.

** Limited labs included in the visit fee.

*** Dental lab (crowns, bridges, dentures, night guards, etc.) are not subject to standard fee. Cosmetic elective procedures are priced separately. Additional charges apply.

**** 340B Dispensing Fee only (uninsured). Cost of medication is charged separately.

HOUSEHOLD INCOME Combined gross income of all members for a household who are 18 years old and older. Alternatively, household income is the combined income of all members of a household who jointly apply for Sliding Fee Scale Discount. Household income includes any source of normally taxable income of the applying party and it includes wages, salary, social security benefits, disability income, and any other payments. Food stamps, child support, SNAP programs or any compensation not defined as taxable income are excluded from the calculation. Patient's assets (such as savings, IRA, 401(k)) are not considered income.

HOUSEHOLD SIZE is the number of persons living in the household who cohabit, mutually contribute to household expenses and assert that they are a household unit. It is recognized that another person may reside at the common residence and not be considered as part of household unit (example: roommate).

Effective 06/22/2023

Para calificar para el descuento en los servicios, el paciente debe completar la solicitud de descuento y proporcionar el tamaño del hogar verificable y los ingresos del hogar.

INGRESO FAMILIAR Ingreso bruto combinado de todos los miembros de un hogar que tienen 18 años o más. Alternativamente, el ingreso familiar es el ingreso combinado de todos los miembros de un hogar que solicitan conjuntamente el descuento de escala móvil de tarifas. Los ingresos del hogar incluyen cualquier fuente de ingresos normalmente sujetos a impuestos de la parte solicitante e incluyen sueldos, salarios, beneficios de seguro social, ingresos por discapacidad y cualquier otro pago. Las estampillas de comida, alimentos con descuento, programas SNAP o cualquier compensación no definida como ingreso imponible o excluido de el cálculo. Bienes del paciente (cuentas de ahorros, IRA, 401(k)).

INGRESO FAMILIAR Es el número de personas que viven en el hogar que cohabitación, contribuyen mutuamente a los gastos del hogar y afirman que forman parte de la unidad familiar. Se reconoce que una persona puede residir en la residencia común y no ser considerada como parte de la unidad familiar (ejemplo: compañeros de cuarto).

Mi Descuento Es

Slide A _____

Slide B _____

Slide C _____

Slide D _____

Slide E _____

Su tarifa de visita debe pagarse en su totalidad en el momento de cada visita.

Su descuento vence el _____, 20_____.

STANDARD SERVICES SLIDING FEE SCHEDULE FOR QUALIFIED PATIENTS

	% of FPL						
	A ≤100% (Nominal Fee)	B 101%-133%		C >133%-167%		D >167%-200%	E >200%-250%
Family Size	Annual Income						
1	≤\$15,060	15,061 - 20,030	20,031 - 25,150	25,151 - 30,120	30,121 - 37,650	≥\$37,651	
2	≤\$20,440	20,441 - 27,185	27,186 - 34,135	34,136 - 40,880	40,881 - 51,100	≥\$51,101	
3	≤\$25,820	25,821 - 34,341	34,342 - 43,119	43,120 - 51,640	51,641 - 64,550	≥\$64,551	
4	≤\$31,200	31,201 - 41,496	41,497 - 52,104	52,105 - 62,400	62,401 - 78,000	≥\$78,001	
5	≤\$36,580	36,581 - 48,651	48,652 - 61,089	61,090 - 73,160	73,161 - 91,450	≥\$91,451	
6	≤\$41,960	41,961 - 55,807	55,808 - 70,073	70,074 - 83,920	83,921 - 104,900	≥\$104,901	
7	≤\$47,340	47,341 - 62,962	62,963 - 79,058	79,059 - 94,680	94,681 - 118,350	≥\$118,351	
8*	≤\$52,720	52,721 - 70,118	70,119 - 88,042	88,043 - 105,440	105,441 - 131,800	≥\$131,804	
MEDICAL VISIT **	\$ 25.00	\$55	\$75	\$95	100% of Charges	100% of Charges	
DENTAL VISIT ***	\$ 50.00	\$70	\$100	\$140	100% of Charges	100% of Charges	
DENTAL PREVENTATIVE (cleaning)	\$ 40.00	\$60	\$90	\$110	100 % of Charges	100 % of Charges	
LAB ONLY VISIT	\$ 10.00	\$20	\$30	\$40	100 % of Charges	100 % of Charges	
VISION EXAM	\$ 10.00	\$20	\$30	\$ 40	100 % of Charges	100 % of Charges	
IN-HOUSE PHARMACY DISPENSING FEES	\$ 5.00	\$10	\$12	\$ 14	NO DISCOUNT	NO DISCOUNT	
CONTRACT PHARMACY DISPENSING FEES	\$ 9.00	\$11	\$13	\$ 15	NO DISCOUNT	NO DISCOUNT	
FAMILY PLANNING VISIT (TITLE X)	\$ -	\$20	\$45	\$65	\$85	100 % of Charges	

* For family units with more than 8 members, add \$5,380 for each additional member. 2024 FPL figures are used

** Limited labs included in the visit fee.

*** Dental lab (crowns, bridges, dentures, night guards, etc.) are not subject to standard fee. Cosmetic elective procedures are priced separately. Additional charges apply.

**** 340B Dispensing Fee only (uninsured). Cost of medication is charged separately.

HOUSEHOLD INCOME

Combined gross income of all members for a household who are 18 years old and older. Alternatively, household income is the combined income of all members of a household who jointly apply for Sliding Fee Scale Discount. Household income includes any source of normally taxable income of the applying party and it includes wages, salary, social security benefits, disability income, and any other payments. Food stamps, child support, SNAP programs or any compensation not defined as taxable income are excluded from the calculation. Patient's assets (such as savings, IRA, 401(k)) are not considered income.

HOUSEHOLD SIZE

Is the number of persons living in the household who cohabit, mutually contribute to household expenses and assert that they are a household unit. It is recognized that another person may reside at the common residence and not be considered as par of household unit (example: roommate).

Effective 02/01/2024