OLE HEALTH

Place Patient/Client Label Here

SOLICITUD PARA LA ESCALA DE TARIFAS VARIABLES/SLIDING FEE SCALE APPLICATION

¿Necesita ayuda para pagar su visita?

Es posible que pueda acogerse a nuestro Programa de Tarifas Variables, que ajusta el costo de sus servicios en función de sus ingresos. Cuanto menos dinero gane, menos pagará por los servicios. Si gana más, pagará más.

Para solicitar este programa voluntario y confidencial, facilite sus datos y firme a continuación.

Enumere todas las personas a su cargo que viven en su hogar (incluya a su cónyuge, hijos y familiares a su cargo):

				Para uso exclusivo del personal / Staff Use Only	
Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Ingresos	Frequency Paid Check how often patient is paid	Total Monthly Income
1. (Propio)	(Propio)			☐Weekly x 4.330 ☐2x month x 2.00 ☐Biweekly x 2.167 ☐Monthly x 1.0 ☐Annually x 0.08333	
2.				☐Weekly x 4.330 ☐2x month x 2.00 ☐Biweekly x 2.167 ☐Monthly x 1.0 ☐ Annually x 0.08333	
3.				☐Weekly x 4.330 ☐2x month x 2.00 ☐Biweekly x 2.167 ☐Monthly x 1.0 ☐ Annually x 0.08333	
4.				☐Weekly x 4.330 ☐2x month x 2.00 ☐Biweekly x 2.167 ☐Monthly x 1.0 ☐ Annually x 0.08333	
5.				☐Weekly x 4.330 ☐2x month x 2.00 ☐Biweekly x 2.167 ☐Monthly x 1.0 ☐ Annually x 0.08333	
				Total Gross Monthly Income for Household	
				Total Household Size	
				Applicable Scale	

Importante: ADJUNTE A ESTE FORMULARIO UN COMPROBANTE DE INGRESOS

Al firmar este formulario, certifico que toda la información que estoy proporcionando es precisa y entiendo que cualquier declaración falsa sobre los ingresos o el tamaño del hogar puede resultar en que se requiera el pago total. Entiendo que mi elegibilidad depende de cumplir ciertos requisitos de ingresos. Reconozco que es mi responsabilidad proporcionar comprobantes de mis ingresos y reportar cualquier cambio en mis ingresos o en el número de personas en mi hogar a OLE Health, y que dichos cambios pueden afectar mi elegibilidad para el Programa de Tarifas Variables. Entiendo que los ingresos autodeclarados solo son válidos por 30 días a partir de la fecha de la firma que figura a continuación y que, si no se proporciona prueba de ingresos, seré responsable del costo total de los servicios prestados después de esa fecha.

*** Los documentos con tarifa variable son válidos por 1 año a partir de la firma. **Si el paciente no puede proporcionar comprobante de ingresos, consulte Autodeclaración.*

Firma del solicitante/tutor **Fecha**

COMPLETE ESTA SECCIÓN SI ELIGE NO SOLICITAR LA ESCALA DE TARIFAS VARIABLES

Reconozco que se me ha brindado la oportunidad de solicitar el Programa de Escala de Tarifas Variables de OLE Health. En este momento, no deseo solicitar la escala móvil de tarifas. También reconozco que no se me permitirá recibir un descuento retroactivo en ningún cargo médico si en el futuro se completa una solicitud para la escala de tarifas variables.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento mediante una notificación por escrito a OLE Health. Entiendo que tengo el derecho de hacer preguntas sobre este consentimiento y mis responsabilidades financieras antes de firmar.

Firma del paciente/tutor **Fecha**