

# Solicitud de Tarifa Variable / Descuento – Centro de Salud Comunitario Serve the People



Es la póliza del Centro de Salud Comunitario Serve the People (STP CHC) proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen en función de los ingresos y el tamaño de la familia. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, excepto a los servicios que se compran desde el exterior, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos, la interpretación de radiografías por parte de un radiólogo consultor y otros servicios similares. Si cree que esto puede ser un beneficio para usted y su familia, deberá completar la solicitud del Programa de Tarifas variables / Descuento y proporcionar verificación de ingresos.

## Información sobre el Jefe de Hogar:

Fecha de hoy:	Fecha de Nacimiento:	
Apellido	Primer Nombre:	Segundo Nombre:

**Completa para todos los miembros adultos del hogar que están empleados. Se debe proporcionar un comprobante de ingresos (declaración de impuestos sobre la renta y/o los últimos dos recibos de pago) a STP CHC. De lo contrario, los servicios se prestarán al precio habitual.**

Persona Empleada	Nombre de la Compañía	Ingresos (antes de impuestos)	¿Cada cuánto le pagan? (circule uno)	
		\$	Semanal	2 veces por mes
			Mensual	Cada 2 semanas
		\$	Semanal	2 veces por mes
			Mensual	Cada 2 semanas

**El total de otras fuentes de ingreso** (esto incluye, pero no es limitado a, pensión alimenticia, jubilación, manutención de los hijos, incapacidad, discapacidad, seguro social, desempleo, etc.) \$

**Numero de Dependientes:**

Al firmar a continuación, acepto que el personal de STP pueda comunicarse con cada empleado listado y/u otras agencias para confirmar mis ingresos. Proporcionare a STP un comprobante de ingresos para calcular mi descuento. Se me pedirá que vuelva a llenar esta solicitud anualmente. Acepto informar a STP si hay cambios en mis ingresos, el tamaño de mi hogar o la cobertura del seguro. Entiendo que ciertos servicios y/o artículos no pueden ser descontados. Acepto pagar mi copago en el momento de los servicios. Por la presente certifico que la información que proporciono es correcta. También estoy de acuerdo en que pagar el precio con descuento por mis servicios de salud no es una barrera para mí. Si en algún momento este pago se convierte en una barrera, notificare a un miembro del personal de STP de inmediato.

### **Exclusivamente para uso de STP CHC**

Effective date:	
Total Income:	
Sliding Fee:	
Discounted Price:	

**Firma del solicitante:**

Fecha:

**Firma del Tutor o apoderado:**

Fecha:

Envíe por correo la forma completa y su(s) prueba(s) de ingreso(s) a Serve the People a 1206 East 17th Street, Suite #101, Santa Ana, CA, 92701