

# Terry Reilly Health Services

## INSTRUCCIONES para la Solicitud de Tarifa Variable

1. Se debe completar todo el formulario.
2. Si un cuadro no tiene que ver con usted, marque N/A.
3. La solicitud no se considera completa hasta que se reciban todos los justificantes de ingresos.
4. Los formularios de solicitud completados y los justificantes de ingresos se pueden enviar a recepción.

Para enviar por correo: Terry Reilly Health Services, 211 16th Ave. North, Nampa ID 83653 (Los formularios de justificación de ingresos deben ser copias. Los documentos originales no serán devueltos).

**\*\*\*Aviso:** Su solicitud quedará anulada si no se proporciona la justificación de ingresos dentro de los 30 días posteriores a la firma. Al paciente se le cobrarán las tarifas completas hasta que se complete y envíe una solicitud.\*\*\*

<p>Si está usted empleado(a), trabajando para alguien:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recibos de pago emitidos por todos los empleadores en los últimos 30 días</li> <li>• o una declaración de impuestos realizada en los últimos 90 días</li> </ul>
<p>Si trabaja usted por cuenta propia:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Declaración de impuestos realizada en los últimos 90 días</li> <li>• o extractos bancarios actuales que muestren los ingresos durante los últimos 90 días</li> <li>• un estado de pérdidas y ganancias de los últimos 12 meses</li> </ul>
<p>Si se le paga en efectivo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extractos bancarios con 90 días de historial</li> <li>• Y una carta fechada y firmada por su empleador que incluya:             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Su nombre completo</li> <li>- Nombre del empleador</li> <li>- Fecha inicial de empleo</li> <li>- Cantidad de pago y frecuencia</li> </ul> </li> </ul>
<p>Si cobra usted subsidio de desempleo o indemnización por accidente de trabajo:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extractos de cuentas bancarias con 30 días de historial</li> <li>• o notificación oficial en la que se indique el importe de la prestación y las semanas restantes.</li> </ul>
<p>¿Recibe usted otro tipo de ayuda?</p> <p>Marque todo lo que corresponda</p> <p><input type="checkbox"/> Compensación del trabajador</p> <p><input type="checkbox"/> Seguridad Social</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos Suplementarios (SSI, por sus siglas en inglés)</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión/jubilación</p> <p><input type="checkbox"/> Rentas de la propiedad</p> <p><input type="checkbox"/> "Trust" o fondos patrimoniales</p> <p><input type="checkbox"/> Manutención de los hijos</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios para sobrevivientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extractos de cuentas bancarias con 30 días de historial</li> <li>• o carta de determinación actual/resumen de beneficios.</li> </ul>
<p>Si no tiene ingresos familiares:</p>	<p>Se requiere una verificación adicional.</p>

# Solicitud de Tarifa Variable de Terry Reilly Health Services

Responsable:	
Dirección:	Apmento #:
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Móvil <input type="checkbox"/> Otro
Fecha nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Número de Seguridad Social (SSN) o TIN:	

Tamaño de la familia:

El tamaño de la familia o del hogar es el número de miembros de la familia inmediata, incluido el solicitante, que dependen al menos en un 50% de los ingresos declarados en esta solicitud.

Indique si también son pacientes de Terry Reilly

## Enumere a los miembros del hogar: padres, hijos; pero no otros miembros de la familia.

Nombre #1	Fecha nacimiento:	Relación:	
Nombre #2	Fecha nacimiento:	Relación:	
Nombre #3	Fecha nacimiento:	Relación:	
Nombre #4	Fecha nacimiento:	Relación:	
Nombre #5	Fecha nacimiento:	Relación:	

## Complete toda la información de empleo de cada miembro de la familia.

Nombre de la persona empleada	Fecha de inicio	Horas/semana	Cantidad por hora o salario pagado	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
Nombre del empleador				<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Salario
Nombre de la persona empleada	Fecha de inicio	Horas/semana	Cantidad por hora o salario pagado	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
Nombre del empleador				<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Salario
Nombre de la persona empleada	Fecha de inicio	Horas/semana	Cantidad por hora o salario pagado	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes
Nombre del empleador				<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Salario

## Incluya todas las fuentes de ingresos familiares. Si su hogar familiar no tiene ingresos, firme aquí con sus iniciales:

Será necesaria una verificación adicional.

Fuentes	Usted	Su cónyuge	Sus hijos	Otra persona	Recursos totales
Seguridad Social/Pensión de Jubilación	\$	\$	\$	\$	\$
Desempleo/Compensaciones de Trabajadores	\$	\$	\$	\$	\$
Ingresos por alquiler de propiedades	\$	\$	\$	\$	\$
Manutención de hijos, Pensión alimenticia	\$	\$	\$	\$	\$
Otros (especifique) Ej: Ingresos por intereses	\$	\$	\$	\$	\$

- He proporcionado información verdadera y completa que autorizo a Terry Reilly a verificar.
- Terry Reilly Health Services tiene permiso para compartir mi información financiera con entidades de atención médica que pueden proporcionar servicios con descuento. Ejemplos: programa de asistencia con medicamentos, redes de derivación, laboratorios, servicios de diagnóstico por imágenes o especialistas.
- Entiendo que proporcionar información falsa puede excluirme de los descuentos en Terry Reilly y es posible que se me facture por cualquier descuento que reciba utilizando información falsa.
- Entiendo que los descuentos en las tarifas variables están vigentes durante 12 meses a partir de la fecha de aprobación. Si necesito ayuda después de ese tiempo, debo volver a solicitarla.
- Notificaré a Terry Reilly en menos de 10 días si mi estado financiero cambia. Ejemplos: cambio en el tamaño de la familia, situación laboral, nuevo trabajo, cumplir requisitos para otro tipo de asistencia, etc.
- Entiendo que mi solicitud será denegada si no se proporciona la documentación de ingresos dentro de los 30 días posteriores a la firma de esta solicitud y que, si se deniega, tendré que reiniciar el proceso de solicitud.

## Al firmar, estoy de acuerdo con todas las declaraciones anteriores

Firma del responsable:	Fecha:
Relación con el paciente:	

Revisado por (Nombre completo): \_\_\_\_\_