

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.***

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

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:	
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 <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Salario
Nombre del empleador				
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 <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Salario
Nombre del empleador				
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 <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Salario
Nombre del empleador				

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): _____