

VERIFICACIÓN DE AUSENCIA DE INGRESOS

Programa de descuento de escala móvil



For Staff Use Only: (Please initial next to each item. Please do not provide to patient if all criteria are not met.)

- _____ Patient has no other form of insurance
- _____ Patient does not have verifiable proof of income
- _____ Patient cannot submit 4056-T form due to lack of SSN or TIN

Yo, _____, he solicitado servicios con descuento mediante el Programa de descuento de escala móvil de Christ Community Health Services (CCHS). CCHS requiere la verificación de todos los ingresos.

Durante este proceso de verificación, he declarado que ni yo ni ningún integrante de mi familia tenemos ingresos verificables en este momento.

He solicitado (mencionar cualquier asistencia financiera) _____ el _____ (fecha).

Acepto informar a Christ Community Health Services si mi situación financiera cambia significativamente o si recibo ingresos verificables.

También entiendo que falsificar información o documentación en la solicitud implicará el rechazo de mi solicitud, y que todo descuento aplicable recibido de manera fraudulenta será revocado y yo seré responsable de todos los cargos.

Entiendo que pagaré una tarifa con descuento hasta que presente la verificación de ingresos correspondiente para todos los miembros de mi grupo familiar.

Entiendo que esta solicitud, y cualquier descuento para el que pueda calificar, aplicarán solo al paciente mencionado en esta solicitud. Cualquier otro paciente adicional deberá realizar la solicitud en forma independiente.

Acepto ayudar a CCHS de cualquier forma que me sea solicitada para corroborar mi información presente en esta solicitud y permitir obtener la información necesaria de parte de empleadores, organismos gubernamentales, proveedores médicos y otras fuentes.

Soy consciente de que CCHS se rige por políticas y normas establecidas por el gobierno federal, y que se considera ilícito tergiversar o declarar como verdadera información incorrecta en esta solicitud. Entiendo que esta Verificación de declaración de ausencia de ingresos debe verificarse y completarse con el director de la oficina del centro de CCHS cada 3 meses.

Firma: _____ Fecha: _____
Solicitante

Testigo: _____ Fecha: _____
Administrador del sitio

Notas del director de la oficina:
