



SOLICITUD DE DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LOS SERVICIOS NO COMPENSADA

 NUEVO
 RENOVACIÓN
Fecha de solicitud:

Según lo previsto en la Ley Federal, la presente solicito que el Hospital Falls Comunidad y Clínica (FCHC) hacen una determinación por escrito de mi elegibilidad para los servicios médicos no compensados en una instalación FCHC.

Nombre:
Dirección:
Ciudad: **Estado:** **Codigo Postal:**
Teléfono: **Ocupación:** **Empleador:**

	Total de los últimos 3 meses	Total para los últimos 12 meses	Las copias de cheque	Verbal
Salario				
Granja o trabajo por cuenta				
Comprobar la Seguridad Social				
Asistencia pública				
Compensacion por desempleo				
Compensacion de trabajadores				
Manutención de los hijos				
Pension				
Otra entrada:				
INGRESOS TOTALES:				

Tamaño de la familia:

tamaño de la familia	100% de los ingresos	200% de los ingresos
1	\$12,060	\$24,120
2	\$16,240	\$32,480
3	\$20,420	\$40,840
4	\$24,600	\$49,200
5	\$28,780	\$57,560
6	\$32,960	\$65,920
7	\$37,140	\$74,280
8	\$41,320	\$82,640
****Cada persona adicional	\$ 4,180	\$ 8,360

*** Una unidad familiar puede incluir sólo los miembros de la familia inmediata incluso la madre, el padre y los niños. Todos los amigos y / o familiares que viven en el mismo hogar serán consideradas como unidades separadas de la familia.***

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que la información, que presento en relación con mis ingresos anuales y el tamaño de la familia, está sujeta a verificación por FCHC. También entiendo que si la información que presento se determina que es falsa, tal determinación dará lugar a la denegación de mi elegibilidad para los servicios de compensación y que será responsable de los servicios prestados.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____



DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LOS SERVICIOS NO COMPENSADA

EXPIRA:

El ingreso total de los hogares de los últimos 3 meses: \$ x 4 = \$

O

El ingreso total de los hogares en los últimos 12 meses: \$

Número de personas en el hogar:

Nombre/Fecha de Nacimiento	Relación
	Yo

***Nombres adicional es en la parte posterior de la página

Sobre la base de la información recibida el paciente es:

elegible

elegible para los servicios no compensados

Motivo de la suspensión:

Firma de la persona que hace la determinación

Fecha:

- * Yo entiendo que tengo que pagar un co-pago de \$ 40.00 por cada visita a la clínica antes de recibir los servicios. Además, habrá un copago de \$ 40.00 para las visitas a urgencias.
- * Yo entiendo que los cargos radiólogo para la lectura de los rayos X, y todos los envíos de laboratorios serán responsabilidad del paciente.
- * Yo entiendo que es mi responsabilidad informar Falls Hospital de la Comunidad de cualquier cambio sustancial de ingresos.
- * Entiendo que esta solicitud caducará 3 meses desde la fecha de la determinación. También entiendo para continuar recibiendo los beneficios que debo volver a aplicar y cumplir las directrices de caridad.
- * Yo entiendo que si la información que presento se determina que es falsa, tal determinación dará lugar a la denegación de mi elegibilidad para los servicios de compensación y que seré responsable de los servicios prestados.
- * Entiendo que para recibir los beneficios que deben presentar esta tarjeta en el momento de la admisión. Esto se aplica a la sala de emergencias, los servicios para pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y servicios de visitas a la clínica.

Firma del solicitante:

Fecha: