

APLICACION DEL PROGRAMA DE DESCUENTO ESCALA DE TARIFAS (SFDP)

Este programa puede ayudar a reducir el costo de su atención médica en Opsam Health. La cantidad que usted paga se basa en el número de personas que viven en su hogar y en los ingresos de su familia. Si desea solicitar este descuento, por favor complete este formulario.

1. Información del Paciente

Nombre completo: _____

Fecha de nacimiento: _____

2. ¿Desea aplicar a el programa?

- ☐ **SÍ**, deseo aplicar a el Programa de Descuento con Escala Móvil. *(Por favor, complete el resto de este formulario.)*
- ☐ **NO**, no deseo aplicar el programa. *(Por favor, OMITA números 3-4 y VALLA al 5. NO escane el código QR abajo NI TAMPOCO suba ningún documento.)*

3. Seguro Médico

☐ Tengo seguro médico.

☐ **No** tengo seguro médico.

4. Comprobante de Ingresos

(Cheque reciente, declaración de impuestos más reciente, formulario W-2 o 1099, carta de beneficios del gobierno o carta del empleador.)

¿Puede proveer hoy un comprobante de sus ingresos?

- ☐ **SÍ**. *(Por favor, entréguelo al personal.)*
- ☐ **NO**, tengo un comprobante de ingresos, pero no lo traje hoy. Lo entregaré dentro de los próximos **10 días hábiles**.

(Utilice el código QR para enviarlo o entréguelo en cualquier clínica de Opsam Health.)



- ☐ **NO**, no puedo proporcionar ni obtener un comprobante de ingresos. *(Si selecciona esta opción, responda las preguntas a continuación y complete por separado el Formulario de Autodeclaración de Ingresos.)*
- ☐ Mi empleador no me da talon de pago ni verificación por escrito.
 - ☐ Me pagan en efectivo.
 - ☐ Trabajo por cuenta propia o realizo trabajo informal.
 - ☐ No puedo comunicarme con mi empleador o ex empleador.
 - ☐ Estoy desempleado(a)

5. Acuerdo – Lea y Firme

- Declaro que la información que proporciono es verdadera y correcta.
- Autorizo a Opsam Health a utilizar esta información para determinar si califico para un Descuento con Escala Móvil.
- Entiendo que soy responsable del pago de mi cuenta hasta que presente un comprobante de ingresos.
- Entiendo que debo entregar o enviar mis documentos de ingresos dentro de los próximos **10 días hábiles**.
- Si no entrego mis documentos dentro del plazo establecido, se me cobrará la tarifa completa.
- Me comprometo a informar a Opsam Health si cambian mis ingresos o mi cobertura de seguro médico.
- Entiendo que mi descuento puede cambiar según la nueva información proporcionada y que, si he pagado de más, podría recibir un reembolso.

Firma:

Fecha:

Nombre del paciente o representante:

Relación con el paciente:

STAFF USE ONLY – PATIENT REFUSED TO FILL OUT & SIGN FORM

Date of refusal: ____ / ____ / ____ Staff name (print): _____

Staff signature: _____

Comments (optional): _____