

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

N.º DE PÁGINA: 9 DE 16

SOLICITUD DE TARIFA DE ESCALA VARIABLE

Una vez que envíe su solicitud para revisión y previa aprobación, puede ser elegible para un descuento que va desde el cincuenta y cinco por ciento (55%) hasta un noventa y cinco (95%) con base en el tamaño de su grupo familiar y los ingresos mensuales.

Si se aprueba, la cobertura aplicará a las consultas en las clínicas, consultas en la Sala de emergencias y servicios de radiología y pruebas de laboratorio para pacientes ambulatorios. Los solicitantes aprobados para este programa serán elegibles para un (1) año a partir de la fecha de la decisión.

Los solicitantes que sean aprobados son responsables de pagar sus porcentajes en el momento del servicio para la atención que no sea médicamente necesaria y no sea de emergencia o realizar arreglos con anticipación con el Consejero financiero.

Complete la siguiente solicitud y devuélvala con la siguiente documentación:

- Todo el dinero recibido en los últimos sesenta (60) días (comprobantes de pago, carta de asistencia del gobierno o copia del cheque o pagos por manutención infantil) para todos los miembros del grupo familiar.
- Copia de la última declaración de impuestos sobre la renta o carta que explique la razón por la cual no la presenta.
- Formularios W-2, 1099 para el año fiscal anterior.
- Los dos (2) estados de cuenta bancarios más recientes.
- Identificación con fotografía para todos los adultos en el grupo familiar. Tarjeta del Seguro Social para todos los miembros del grupo familiar (o certificado de nacimiento).
- Recibo del alquiler o factura por servicios públicos actual que muestre la dirección actual.
- Si el empleador proporciona el alquiler o los servicios públicos, proporcione la verificación y el valor firmado y con fecha por parte del empleador.
- Si durante la revisión de su solicitud se muestra que usted o un miembro del grupo familiar puede ser elegible para un programa estatal o federal, es posible que se le solicite que envíe una solicitud antes de la aprobación de la Solicitud de escala de tarifas variables. Si un solicitante califica para un programa de asistencia, la Solicitud de escala de tarifas variables se enmendará para reflejar eso.

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

N.º DE PÁGINA: 10 DE 16

Deje que transcurran catorce (14) días para el procesamiento de la solicitud.

South Lyon Medical Center es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. South Lyon Medical Center se reserva el derecho de reenviar o denegar la aprobación de cualquier descuento si el solicitante envía a sabiendas y voluntariamente información que se identifica o se descubre que es ficticia.

Cualquier cambio en los ingresos o el tamaño de la familia debe reportarse en un plazo de diez (10) días.

Si tiene alguna pregunta con relación al programa, no dude en comunicarse con el Consejero financiero.

463-2301 ext. 6437

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

N.º DE PÁGINA: 11 DE 16

DECLARACIÓN DE LA CONDICIÓN FINANCIERA (Adjunto A)

NOMBRE DEL PACIENTE _____ CÓNYUGE _____

DIRECCIÓN _____ TELÉFONO _____

N.º DE CUENTA _____ N.º DE SEGURO SOCIAL: _____

(PACIENTE) (CÓNYUGE)

ESTADO DE LA FAMILIA: Incluya todos los dependientes, menores e incluso de dieciocho (18) años, estudiantes de tiempo completo o discapacitados.

Es posible que se necesite un comprobante de estudiante o discapacidad.

Nombre	Edad	Relación
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

EMPLEO Y OCUPACIÓN

Empleador (o nombre comercial): _____ Puesto: _____

Persona de contacto y teléfono: _____

Empleador del cónyuge: _____ Puesto: _____

Persona de contacto y teléfono: _____

INGRESOS MENSUALES ACTUALES

Inicio: Pago bruto (previo a las deducciones) _____

Sumar: Ingresos de los negocios operativos (si es trabajador independiente) _____

Sumar: Otros ingresos:

- Intereses y dividendos _____
- De bienes raíces o bienes personales _____
- Seguro Social _____
- Otro (especifique): _____
- Pensión alimenticia o manutención infantil recibida _____

SOUTH LYON MEDICAL CENTER

ASUNTO: POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

N.º DE PÁGINA: 12 DE 16

Restar: Pensión alimenticia, manutención infantil pagada (_____)

Es igual a: Ingresos mensuales actuales totales (sume el Ingreso del cónyuge + del paciente de arriba) _____

TAMAÑO DE LA FAMILIA

Total de miembros de la familia (sume el paciente, cónyuge y dependientes descritos anteriormente) _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades

Al firmar este formulario, estoy de acuerdo en permitir que South Lyon Medical Center y sus representantes revisen mi historial crediticio y de empleos con el propósito de determinar mi elegibilidad para un descuento financiero. Comprendo que es posible que sea necesario que proporcione comprobantes de la información que proporcione.

(Firma del paciente o el garante)

(Fecha)

(Firma del cónyuge)

(Fecha)