



Patient MR# _____

APLICACIÓN DE TARIFAS

Por favor ajuste de escala completa y volver a: Syracuse Community Health Center
 819 South Salina Street • Syracuse, NY 13202 • Attn: Departamento de Facturación

Nombre del paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zip _____ Teléfono _____

Empleador actual _____

Empleador Dirección _____ Empleador Teléfono _____

FUENTE DE INGRESOS	MES ACTUAL	ULTIMOS 12 MESES
Salarios o ingresos de los trabajadores por cuenta propia	\$	\$
Asistencia Publica	\$	\$
Desempleo o Compensación de Trabajadores	\$	\$
Pensión Alimenticia o manutención de los hijos	\$	\$
Pensions	\$	\$
Otros ingresos, incluidos los dividendos o intereses	\$	\$
TOTALES:	\$	\$

NOTA: Verificación de todas sus fuentes de ingresos debe ser presentado con esta aplicación. Verificación aceptable incluye una copia de la última declaración de impuestos (sólo si los trabajadores por cuenta propia) un mes de talones de sueldo de un empleador o el desempleo declaración de Asistencia Pública o a la Seguridad Social, etc. no tienes, o no están al corriente de lo que se envía para su verificación, por favor llame 315-476 -7921 y seleccione Billing Department.

INFORMACION SOBRE EL HOGAR

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	RELACION

Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se utiliza para determinar la elegibilidad para el Centro de Salud de la Comunidad Siracusa tarifas del programa de descuentos. También entiendo que, si yo intencionalmente tergiversar ingresos de mi familia, yo no voy a ser elegibles para la futura los descuentos.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

VERIFICACIÓN DE LOS INGRESOS DEBE ACOMPAÑAR APLICACIÓN

For office use only: Qualifies for _____% discount Date of determination: _____ Account Number: _____	Does not qualify because: _____ _____
--	---



Syracuse Community Health Center, Inc.
 819 South Salina Street
 Syracuse, New York 13202
 (315) 476- 7921

SCHC East
 1938 E. Fayette Street
 Syracuse, NY 13210
 (315) 474-4077

SCHC West
 603 Oswego Street
 Syracuse, NY 13204
 (315) 424-0800

SCHC South
 1700 South Ave.
 Syracuse, NY 13207
 (315) 234-8336

TARIFAS PROGRAMA

Syracusa Centro de Salud de la Comunidad ofrece un costo variable. Esto significa que podemos ajustar los cargos por servicios médicos y odontológicos en función de su tamaño de la familia y los ingresos de los hogares. Si usted tiene seguro, completando un costo variable aplicación garantizará que recibe un descuento si usted experimenta una pérdida de cobertura o incurrir en costos por servicios no cubiertos por su seguro.

Por favor compruebe el ingreso gráfico a continuación. Si su ingreso bruto (definido como antes de impuestos) aparece en la línea que muestra el número de los miembros de la familia que viven con usted, que usted es responsable de, usted puede ser elegible para un cargo reducido.

Complete el formulario de solicitud en el lado de la marcha atrás y proporcionar la necesaria verificación de ingresos para que nuestro personal del departamento de facturación puede revisar su aplicación. También puede enviar el formulario con verificación de ingresos necesarios, como se dice en el reverso, a la dirección arriba indicada y le informará de su estado. Si tiene alguna pregunta no dude en llamar al Syracuse Community Health Center (31 5) 476-7921.

Discount %	HOUSEHOLD #								Dental	
	1	2	3	4	5	6	7	8		
Nominal Fee	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$50 Fee
Family income at or below 100% of FPL	\$ 12,880	\$ 17,420	\$ 21,960	\$ 26,500	\$ 31,040	\$ 35,580	\$ 40,120	\$ 44,660		
80% (>100 - 140% of FPL)										18% Discount
From Income amount	\$ 12,881	\$ 17,421	\$ 21,961	\$ 26,501	\$ 31,041	\$ 35,581	\$ 40,121	\$ 44,661		
To income Amount	\$ 18,032	\$ 24,388	\$ 30,744	\$ 37,100	\$ 43,456	\$ 49,812	\$ 56,168	\$ 62,524		
60% (>140 - 160% of FPL)										16% Discount
From Income amount	\$ 18,033	\$ 24,389	\$ 30,745	\$ 37,101	\$ 43,457	\$ 49,813	\$ 56,169	\$ 62,525		
To income Amount	\$ 20,608	\$ 27,872	\$ 35,136	\$ 42,400	\$ 49,664	\$ 56,928	\$ 64,192	\$ 71,456		
40% (>160 - 180% of FPL)										14% Discount
From Income amount	\$ 20,609	\$ 27,873	\$ 35,137	\$ 42,401	\$ 49,665	\$ 56,929	\$ 64,193	\$ 71,457		
To income Amount	\$ 23,184	\$ 31,356	\$ 39,528	\$ 47,700	\$ 55,872	\$ 64,044	\$ 72,216	\$ 80,388		
20% (>180 - 200% of FPL)										12% Discount
From Income amount	\$ 23,185	\$ 31,357	\$ 39,529	\$ 47,701	\$ 55,873	\$ 64,045	\$ 72,217	\$ 80,389		
To income Amount	\$ 25,760	\$ 34,840	\$ 43,920	\$ 53,000	\$ 62,080	\$ 71,160	\$ 80,240	\$ 89,320		
0%										0% Discount
From Income amount and above	\$ 25,761	\$ 34,841	\$ 43,921	\$ 53,001	\$ 62,081	\$ 71,161	\$ 80,241	\$ 89,321		



CERTIFICACIÓN/FORMULARIO DE DECLARACIÓN PROPIA

Padre / Tutor legal o el nombre de paciente:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Dirección		
Calle	Ciudad	
Estado		
Zona Postal		

El Género M F Fecha De Nacimiento _____

Por favor, coloque una marca de verificación en la cantidad de sus ingresos anuales de los hogares.

Discount %	HOUSEHOLD #								Dental	
	1	2	3	4	5	6	7	8		
Nominal Fee	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$ 10.00	\$50 Fee
Family income at or below 100% of FPL	\$ 12,880	\$ 17,420	\$ 21,960	\$ 26,500	\$ 31,040	\$ 35,580	\$ 40,120	\$ 44,660	\$ 44,660	
80% (>100 - 140% of FPL)										18% Discount
From Income amount	\$ 12,881	\$ 17,421	\$ 21,961	\$ 26,501	\$ 31,041	\$ 35,581	\$ 40,121	\$ 44,661	\$ 44,661	
To income Amount	\$ 18,032	\$ 24,388	\$ 30,744	\$ 37,100	\$ 43,456	\$ 49,812	\$ 56,168	\$ 62,524	\$ 62,524	
60% (>140 - 160% of FPL)										16% Discount
From Income amount	\$ 18,033	\$ 24,389	\$ 30,745	\$ 37,101	\$ 43,457	\$ 49,813	\$ 56,169	\$ 62,525	\$ 62,525	
To income Amount	\$ 20,608	\$ 27,872	\$ 35,136	\$ 42,400	\$ 49,664	\$ 56,928	\$ 64,192	\$ 71,456	\$ 71,456	
40% (>160 - 180% of FPL)										14% Discount
From Income amount	\$ 20,609	\$ 27,873	\$ 35,137	\$ 42,401	\$ 49,665	\$ 56,929	\$ 64,193	\$ 71,457	\$ 71,457	
To income Amount	\$ 23,184	\$ 31,356	\$ 39,528	\$ 47,700	\$ 55,872	\$ 64,044	\$ 72,216	\$ 80,388	\$ 80,388	
20% (>180 - 200% of FPL)										12% Discount
From Income amount	\$ 23,185	\$ 31,357	\$ 39,529	\$ 47,701	\$ 55,873	\$ 64,045	\$ 72,217	\$ 80,389	\$ 80,389	
To income Amount	\$ 25,760	\$ 34,840	\$ 43,920	\$ 53,000	\$ 62,080	\$ 71,160	\$ 80,240	\$ 89,320	\$ 89,320	
0%										0% Discount
From Income amount and above	\$ 25,761	\$ 34,841	\$ 43,921	\$ 53,001	\$ 62,081	\$ 71,161	\$ 80,241	\$ 89,321	\$ 89,321	

Número de personas en la unidad familiar: _____

Tarifas programar un tiempo los requisitos para el Programa, por favor, compruebe lo que se debe aplicar:

No estoy interesado en revelar mi información financiera, por lo tanto he de reconocer mi familia y yo no son elegibles para el programa de descuento tarifas.

Yo actualmente no disponemos de ninguna documentación para comprobar mis ingresos; las razones son: (marque todas las que correspondan):

Me pagan en efectivo

No tengo cheques o talones de pago

Yo no presentar una declaración de impuestos el pasado año

No puedo obtener una carta de mi empleador

Otro, por favor explique: _____

Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se utiliza para determinar la elegibilidad para el Centro de Salud de la Comunidad Siracusa tarifas de descuento programa. Tengo entendido que el Centro de Salud podrá verificar la información en este formulario y en mi próxima visita, no me es necesario para poner en documentación válida para justificar la información anterior. También entiendo que, si yo intencionalmente tergiversan mis ingresos de la familia, yo no voy a ser elegible para recibir servicios de un descuento en el futuro.

Firma del paciente/padre/tutor legal _____ Fecha _____

For Office Use ONLY:

Qualifies for _____% Discount Does not qualify because _____

Date of Determination _____ Employee Signature _____