

Compass Health

Forma de Aplicación Escala de Costos/Ingresos

Nombre del Paciente: _____ Paciente Nuevo: Si/No Fecha de Aplicación: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad del Paciente: _____ #SS del Paciente (Opcional): _____

Nombre del Cónyuge (si es casado) _____ #SS del Cónyuge (Opcional): _____

Si el Paciente es un menor y/o discapacitado:

Nombre del Padre/Guardián #1 _____ #SS del Padre/Guardián #1(Opcional) _____

Nombre del Padre/Guardián #2 _____ #SS del Padre/Guardián #2(Opcional) _____

Liste a todos quienes residen en su hogar y por quiénes Ud. es legal/financieramente responsable:

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Edad</u>
1 _____	_____	_____
2 _____	_____	_____
3 _____	_____	_____
4 _____	_____	_____
5 _____	_____	_____
6 _____	_____	_____

Es la política de Compass Health proveer a sus pacientes con servicios de salud a un costo razonable. Los ingresos anuales de los núcleos familiares de los pacientes deben ser calculados y documentados para poder proveer servicios de salud a un costo apropiado, basado en la Escala de Costos/Ingresos de Compass Health/Costos nominales son obligatorios según las reglas Federales que gobiernan los Centros de Salud Calificados Federalmente. Esta información puede ser de utilidad para que el Centro de Salud de Compass Health pudiera asistir a sus pacientes con otros programas que ofrecen ayuda financiera. Si Ud. es un padre o guardián de un menor o el guardián legal de un adulto, por favor provea su propia información financiera. Si es casado, por favor provea ambos ingresos.

STAFF DE COMPASS HEALTH: Documento idoneidad de Escala de Costos/Ingresos usando el Documento de Calculadora Excel para Idoneidad de Escala de Costos/Ingresos. Esta aplicación, la calculadora de idoneidad y copias de la documentación de ingresos usada para verificación, debe ser escaneada en la ficha del paciente.

Yo atestiguo que la información con que he proveído a Compass Health es verdadera y exacta según tengo conocimiento. Yo entiendo que si no he sido honesto a cerca de mis ingresos actuales, seré 100% responsable por todos los cargos de Compass Health, y no podré aplicar al Programa de Escala de Costos/Ingresos para futuras visitas. Además, entiendo que mi idoneidad para el Programa de Escala de Costos/Ingresos será re determinada por lo menos una vez por año, y que debo reportar a Compass Health cualquier cambio en mis ingresos y/o número de personas en mi núcleo familiar.

Firma del Paciente/Guardián _____

Fecha _____

Testigo De Compass Health _____

Fecha _____