

Nombre del paciente (Rellene esta sección)		Persona responsable (Información requerida sobre empleo e ingresos)		Fecha de hoy / /	
Nombre de pila:	Medio:	Último:	Fecha de nacimiento de las pacientes: / /		
Dirección de casa:		Ciudad:	Expresar:	Código postal:	
Dirección de envío:		Ciudad:	Expresar:	Código postal:	
Teléfono de casa: () -		Teléfono móvil: () -			
Seguridad Social - -	¿Tienes seguro? ☐ No ☐ Si Si es así, ¿qué seguro?				
Estado civil: ☐ Única ☐ En una relación ☐ Casada ☐ Divorciada ☐ Apartada ☐ Viuda					

OTRAS PERSONAS en su hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el paciente
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

NOTA: Para cumplir con las regulaciones federales, con el fin de darle un descuento en nuestros servicios, es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán archivadas y en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos una vez al año.

Ingresos laborales (Persona responsable)					
Nombre	Cantidad	¿Con qué frecuencia?		Empleador:	
Tú	\$	☐ Semana	☐ Mes	☐ Año	
Esposa	\$	☐ Semana	☐ Mes	☐ Año	
Niños	\$	☐ Semana	☐ Mes	☐ Año	
Otra	\$	☐ Semana	☐ Mes	☐ Año	
	\$	☐ Semana	☐ Mes	☐ Año	
TOTAL	\$	☐ Semana	☐ Mes	☐ Año	
Otros ingresos (Persona responsable)					
	Tú	Esposa	Niños	Otra	¿Con qué frecuencia?
Seguridad Social	\$	\$	\$	\$	☐ Semana ☐ Mes ☐ Año
Asistencia pública	\$	\$	\$	\$	☐ Semana ☐ Mes ☐ Año
Pensión de retiro	\$	\$	\$	\$	☐ Semana ☐ Mes ☐ Año
Invalidez	\$	\$	\$	\$	☐ Semana ☐ Mes ☐ Año
Manutención de niños	\$	\$	\$	\$	☐ Semana ☐ Mes ☐ Año
Ingresos por intereses	\$	\$	\$	\$	☐ Semana ☐ Mes ☐ Año
Otra	\$	\$	\$	\$	☐ Semana ☐ Mes ☐ Año

Sólo para uso de oficina:

☐ Approved ☐ Denied

Household Size: _____

Income: _____

Patient Designation:

- ☐ **Group A**
☐ **Group B**
☐ **Group C**
☐ **Group D**
☐ **Group E**

Authorized Signature:

Date: _____

Por la presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que cualquier información engañosa o falsificada y / u omisiones puede descalificarme de una mayor consideración para el programa de tarifas móviles y me someteré a sanciones según las leyes federales que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, acepto informar a Community Health Center of the North Country si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación para el programa de tarifa variable bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones del Centro de Salud Comunitario del Norte del País. Por la presente reconozco que leí la divulgación anterior y la entiendo.

Fecha: _____ Nombre (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Descuentos de escala móvil de tarifas según la designación del grupo en la página siguiente

Descuento de tarifa variable según designación de grupo

<u>Servicios elegibles</u>	<u>Grupo A</u>	<u>Grupo B</u>	<u>Grupo C</u>	<u>Grupo D</u>	<u>Grupo E</u>
Salud conductual / Dermatología / Podología / Pediatría / Fisioterapia / Atención primaria / Salud de la mujer	Sin descuento	\$80	\$55	\$35	\$20
Atención dental (Servicios preventivos/Emergencias)	Sin descuento	\$80	\$55	\$35	\$20
Cuidado dental (procedimientos dentales ampliados) Selladores, empastes, periodoncia, extracciones, endodoncia, coronas, puentes, prótesis parciales, prótesis dentales, reparaciones protésicas, mantenedores de espacio, protectores oclusales y modificaciones de tejidos duros y blandos.	Sin descuento	10% Descuento [^]	30% Descuento [^]	60% Descuento [^]	\$40*

**Si corresponde, se aplicarán costos adicionales de bolsillo por las tarifas de laboratorio.*

[^]Descuento aplicado al total de los costos del servicio.

Los suministros, equipos y cargos de laboratorio que excedan la tarifa variable son responsabilidad del paciente.

Los suministros, equipos y cargos de laboratorio se calculan con base en el costo más los cargos administrativos.

Directrices federales de pobreza de 2026

	Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D	Grupo E
Nivel de pobreza	201%	200%	166%	133%	100%
1	31,921	31,920	26,494	21,227	15,960
2	43,281	43,280	35,922	28,781	21,640
3	54,641	54,640	45,351	36,336	27,320
4	66,001	66,000	54,780	43,890	33,000
5	77,361	77,360	64,209	51,444	38,680
6	88,721	88,720	73,638	58,999	44,360
7	100,081	100,080	83,066	66,553	50,040
8	111,441	111,440	92,495	74,108	55,720
9	122,801	122,800	101,924	81,662	61,400
10	134,161	134,160	111,353	89,216	67,080
11	145,521	145,520	120,782	96,771	72,760
12	156,881	156,880	130,210	104,325	78,440
13	168,241	168,240	139,639	111,880	84,120
14	179,601	179,600	149,068	119,434	89,800

Tamaño del hogar