

RICE MEDICAL CENTER

Rice Medical Associates-Eagle Lake & Rice Medical Associates-East Bernard

Discounted/Sliding Fee Application

It is the policy of Rice Medical Center, to provide essential services regardless of the patient's ability to pay. Discounts are offered based upon family/household size and annual income. Please complete the following information and return to the front desk to determine if you or members of your family are eligible for a discount.

The discount will apply to all services received at this clinic, but not those services or equipment that are purchased from outside, including hospital or reference laboratory testing, drugs, and x-ray interpretation by a consulting radiologist, and other such services. In the hope that your financial situation improves, discounts apply only to current, not future services. Please inquire at the front desk if you have questions.

Name				
Street	City	State	Zip	Phone

Number of persons living in your household:

Please list all household members, including those under age 18		
Household Member	Name	Date of Birth
Self		
Other		
Other		
Other		
Other		

Source	Self	Other	Total
Gross wages, salaries, tips, etc.			
Income from business and self-employment			
Unemployment compensation, workers' compensation, Social Security, Supplemental Security Income, veterans' payments, survivor benefits, pension or retirement income			
Interest; dividends; royalties; income from rental properties, estates, & trusts; alimony; child support; assistance from outside the household; and other miscellaneous income			
Total Income			

I certify that the family size and income information shown above is correct. I understand that the information provided may be verified and I authorize Rice Medical Center / Rice Medical Associates to contact third parties if necessary to verify the accuracy of the information provided in this application. Copies of tax returns, pay stubs, and other information verifying income may be required before a discount is approved.

Name (Print)		State-Issued ID#	
Signature		Date	

Office Use Only

Patient Name		Discount	
Date of Service		Approved by	

RICE MEDICAL CENTER

Rice Medical Associates-Eagle Lake & Rice Medical Associates-East Bernard

Solicitud para el programa de tarifas y descuentos variables

Es la política de Rice Medical Center brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen según el tamaño de la familia/hogar y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios que se reciban en esta clínica, pero no a los servicios o equipos que se compran en el exterior, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia o del hospital, los medicamentos y la interpretación de radiografías por un radiólogo consultor, y otros servicios similares.

Con la esperanza de que su situación financiera mejore, los descuentos se aplican solo a los servicios actuales, no a los futuros. Por favor, consulte en la recepción si tiene preguntas.

Nombre				
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono

Número de personas que viven en su hogar:

Enumere a todos los miembros del hogar, incluidos los menores de 18 años		
Integrante de Familia	Nombre	Fecha de Nacimiento
Usted		
Otro		
Otro		
Otro		
Otro		

Fuente	Usted	Otro	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.			
Ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia			
Compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos de jubilación			
Interés; dividendos; regalías; ingresos de propiedades de alquiler, sucesiones y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención de los hijos; asistencia desde fuera del hogar; y otros ingresos misceláneos			
Total de Ingresos			

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta.
Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada y autorizo a Rice Medical Center / Rice Medical Associates a contactar a terceros si es necesario para verificar la exactitud de la información proporcionada en esta solicitud. Es posible que se requieran copias de declaraciones de impuestos, talones de pago y otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento.

Nombre (Letra
impresa)

Número de
identificación emitido
por el estado

Firma

Fecha

Office Use Only

Patient Name

Discount

Date of Service

Approved by