



Basado en los ingresos Programa de Pago (Sliding Fee- Dental)

El Centro Lewis de Atención Primaria del Condado, haciendo negocios como PrimaryPlus, ofrece un programa de pago basado en el ingreso familiar y el número de miembros de la familia.

El inverso es una APLICACIÓN FEE SLIDING. Por favor complete y devuelva con prueba de ingresos.

Las formas aceptables de ingresos incluyen:

- Recibos de pago recientes
- Declaraciones de Desempleo
- Cartas de adjudicación de SSI/SSA
- Las declaraciones de impuestos
- Pensiones o la documentación de Compensación para Trabajadores

Si usted no tiene ingresos o no tiene trabajo, por favor devuelva lo siguiente:

- Carta de negación del Departamento de Salud y Servicios Humanos
- Carta de rechazo de K-Chip
- Carta de rechazo de Medicaid
- Carta de Cupones para Alimentos (todas las páginas).

Favor de traer esta documentación a nuestra recepcionista y estaremos encantados de hacer copias - no queremos guardar los originales en el archivo.

Si califica, usted es elegible para un descuento que oscila entre el 25% y el 50% de descuento en la mayoría de los servicios que se ofrecen en el centro (copagos, todos los medicamentos inyectables, equipos médicos, etc no son elegibles para el descuento.)

Sin embargo, una vez aprobado, para seguir siendo elegible, **TIENE QUE HACER TODO LO POSIBLE PARA PAGAR SU PARTE EN EL DÍA QUE SE PRESTAN LOS SERVICIOS.** Por favor, esté preparado para realizar el pago al momento del servicio. Si falla en cumplir con este requisito, hará que su aplicación sea nula, lo que lo hace inelegible para el descuento adicional.

Aplicaciones de sliding fee deben reanudarse anualmente, o antes, si cambian sus ingresos de hogar.

Por favor, no dude en llamar a nuestro Departamento de Servicios de Paciente en caso de tener alguna pregunta con respecto a su solicitud.

Devuelva a cualquier ubicación de PrimaryPlus o por correo a:

**PrimaryPlus Sliding Fee Scale
P.O. Box 550
Vanceburg, KY 41179**

He leído todo lo anterior, y estoy satisfecho de que entiendo su contenido y significado.

Firma _____ Fecha _____

¡Gracias!



Programa de Pago (Sliding Fee) Basado en los ingresos

Enumere todas las personas (incluido usted) en su hogar:

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
_____	____ - ____ - ____	____/____/____
_____	____ - ____ - ____	____/____/____
_____	____ - ____ - ____	____/____/____
_____	____ - ____ - ____	____/____/____

Todos los miembros y la información adicional de la familia pueden ser puestos en otra hoja y unidos

Dirección: _____ Número de teléfono _____

Hay ¿Alguna persona en su hogar empleado?: SI o NO

En caso afirmativo, ¿Quién se emplea? _____

Nombre del empleador: _____

Sueldo? \$ _____ por semana / mes / año. (Documentación requerida).

¿Tiene seguro a través de su empleador? SI o NO Si es así nombre del, seguro: _____
Número de póliza _____

¿Hay algun miembro de la familia que recibe alguno de los siguientes beneficios? SSI, Seguro Social, mantenimiento de menores, pensión alimenticia, Compensación al Trabajador, Desempleo, Pensiones, Anualidades, Otros?

Cantidad recibida? \$ _____ por semana / mes / año.

AVISO - los costos reducidos deben ser pagados EN EL MOMENTO DE LA VISITA DE OFICINA.

La información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Le doi permiso a Lewis Center Care del Condado de Primaria, Inc. para verificar esta información usando todas las fuentes disponibles. Estoy de acuerdo con notificar al condado de Lewis Primary Care Center, Inc., si hay algún cambio en mi situación financiera.

Firmado _____ Fecha _____

Para uso exclusivo de la oficina

Interviewer _____ Executive Director _____

Amount of Discount approved _____ % Patient Pays _____ %

Acct# _____ Income _____ Card _____ File Note _____ Adj Made _____