

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA MÓVIL
CLÍNICAS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL SUDOESTE GEORGIA, INC

RECHAZAR: (CONSULTA AQUÍ SI RECHAZAS)
CLÍNICAS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL SUDOESTE GEORGIA, INC.

NOMBRE DEL PACIENTE _____ FECHA: _____

Firma para rechazar _____

NOMBRE DEL RESPONSABLE: _____

LISTA DE TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR DEL RESPONSABLE

:

Nombre	Fecha De Nacimiento	Numero De Seguro Socia,

Ingresos Del Hogar

Fuente	Miembro A	Miembro B	Miembro C	Miembro D	Miembro E	TOTAL
Ganancias laborales						
Seguridad Social						
Pension de retiro						
Manutencion de los hijos						
Pension alimenticia						
Otrac fuentes						
Total						

-Nota: El ingreso anual del hogar se define como el ingreso de todos los miembros del hogar, incluidos los salarios brutos, los ingresos que no provienen del trabajo por cuenta propia o de negocios, propinas, seguridad social, pagos por discapacidad, pensiones, anualidades, beneficios para veteranos, pensión alimenticia, manutención infantil, servicio militar. , desempleo, ayudas públicas y cualquier otra fuente de ingresos que proporcione pagos a los miembros del hogar. Se requiere documentación para determinar el ingreso anual del hogar. Esto puede incluir declaraciones de impuestos, formularios W-2, talones de nómina (2 más recientes si se paga cada 2 semanas o 4 más recientes si se paga semanalmente), declaración de seguridad social o declaración de jubilación. Si actualmente está desempleado, necesitará 3 cartas de 3 personas diferentes (que no sean parientes suyos) indicando que saben que actualmente está desempleado. Dispondrás de 30 días desde la fecha del servicio, para traer de vuelta la documentación necesaria. Si no lo hace, la solicitud caducará automáticamente en el sistema y tendrá como resultado que usted pague el monto total de sus visitas al consultorio. Esto cubre visitas al consultorio únicamente. Esto no cubre estancias hospitalarias.

- Número de personas en el hogar _____ Ingreso Anual del Hogar \$ _____

-Entiendo que debo pagar un cargo nominal de tarifa con descuento por los servicios dependiendo del nivel de descuento de diapositivas para el cual soy elegible. Si no presento esta solicitud a tiempo, seré responsable del pago total de las visitas al consultorio.

-Certifico que busco participar en el programa de descuento de tarifa móvil ofrecido por Southwest Georgia Healthcare Clinics, Inc. para servicios basados en la información que he proporcionado. La información que he proporcionado es verdadera y correcta y se pueden emprender acciones legales por proporcionar información falsa.

Firma del responsable

Fecha

Tiempo

DEBE ENTREGAR ESTA SOLICITUD A SOUTHWEST GEORGIA HEALTHCARE CLINICS, INC. A MÁS TARDE 30 DÍAS DESDE LA FECHA DEL SERVICIO

Uso de SWGA-HCC:

SWGA – Firma del personal de HCC

FECHA

Tiempo