

Aplicación de Escala de Descuento



Crystal River

547 SE Fort Island Trail, Suite C & E, Crystal River, FL 34429
352-794-7391
Fax: 877-446-4107

Inverness Dental

314 S Line Ave, Inverness, FL 34450
352-419-4056
Fax: 352-419-7934

Lecanto Medical

512 N Lecanto Hwy, Lecanto, FL 34461
352-527-2244
Fax: 888-275-8781

Ocala

7205 SE Maricamp Road, Ocala, FL 34472
352-680-7000
Fax: 877-849-9264

Sumterville

1389 S US 301, Sumterville, FL 33585
352-793-5900
Fax: 855-832-3504

Accredited by AAAHC, Inc.



Langley Health Services es un Centro de Salud Calificado Federalmente. Podemos ofrecer un descuento en algunos servicios basados en el ingreso y el tamaño familiar. LHS utiliza las Pautas Federales de Pobreza para determinar su elegibilidad. Las solicitudes deben recibirse dentro de los 30 días posteriores a la fecha del servicio para que se aplique el descuento.

Su descuento familiar se evaluará cada 12 meses. Debe volver a solicitar el descuento de tarifa variable y proporcionar documentación de ingresos actualizada en este momento.

TENGA EN CUENTA: Usted puede ser responsable del pago de algunos procedimientos, laboratorios y medicamentos.

Si desea calificar para la escala de descuento, debe presentar pruebas de ingresos de todas las personas que viven en su hogar. Si no tiene ninguna fuente de ingresos, hable con un asesor financiero.

La siguiente lista enumera ejemplos de documentación financiera requerida, si corresponde:

- Declaración de impuestos más reciente (irs.gov)
- Carta de beneficios del Seguro Social, Discapacidad y/o VA (S.S. # 1-800-772-1213)
- Documentación de Ingresos de Jubilación/Pensión
- Talones de pago del último mes (incluya Compensación de Trabajo y/o Desempleo) o Carta de Otorgamiento de Prueba de Desempleo
- Carta de cupones para alimentos que muestre la cantidad otorgada cada mes (myflorida.com/accessflorida)
- Carta de TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) que muestre el monto de la concesión
- Orden judicial y/o historial de pago de manutención infantil
- Carta notariada de quien esté ayudando a pagar las facturas (debe tener una cantidad de \$ mensual en la lista)
- Formulario de verificación de empleo (debe enumerar 4 períodos de pago consecutivos)
- Formulario de autodeclaración si no hay prueba de ingresos disponible

NO se acepta la siguiente documentación financiera: formularios W-2 o formularios 1099

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Telefono: _____

Tamaño del hogar (número de personas que viven en su hogar): _____

Indique los nombres y las fechas de nacimiento de las personas que viven en su hogar:

Nombre	Fecha de Nac.	SSN
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

RELEVO DE RESPONSABILIDAD: Por la presente certifico que la información anterior es, según mi leal saber y entender, verdadera y correcta. Entiendo que debo volver a calificar cada 12 meses para mantener mi elegibilidad. Soy consciente de que si la información que proporciono es fraudulenta, se cancelará mi escala de descuento.

Firma de el paciente of tutor: _____ Fecha: _____

Signature of LHS Witness: _____ Date: _____

FOR INTERNAL USE ONLY

Patient is eligible for sliding fee discount category _____

Slide Expires _____

Verified by _____ Date _____

- Proof of income verified
- Patient does not qualify
- Patient refused to complete

Verificación Financiera / Documentación

Documentación de ingresos		Frecuencia de pago			
		Semanal	Bisemanal	Mensual	Anual
Fuente	(\$)				
Salario					
Seguro Social, discapacidad, beneficios de veteranos					
Retiro/Pensión					
Manutención de niños / Pensión alimenticia					
Compensación Laboral					
Beneficios de desempleo					
Asistencia Pública (Cupones de Alimentos, TANF)					
Otro					

Nota: Se requiere documentación para cada fuente de ingresos mencionada anteriormente.

Ingreso Bruto Total del Hogar: _____

Sólo para uso interno

Nombre del paciente: _____ Numero de cuenta: _____
 Fecha: _____

Gracias por aplicar para nuestra escala de descuentos. De acuerdo a la información de ingresos brindada usted a calificado para escala: ____

Su responsabilidad:

Visitas medicas – Usted paga: _____

Rayos- X – Usted paga: _____

Diagnósticos Avanzados– Usted paga: _____

Visitas Dentales – Usted paga: _____ (No todos los services aplican)

Laboratorios: el laboratorio le facturará por separado (cultivos, papanicolau, extracciones de sangre, etc.)

Su escala se vence en: _____

Si podemos brindarle más ayuda, llame al asesor financiero.