



Crystal River 547 SE Fort Island Trail, Suites C & E Crystal River, FL 34429 Tel.: 352-794-7391 Fax: 877-446-4107	Inverness Dental 314 S Line Ave Inverness, FL 34452 Tel.: 352-419-4056 Fax: 888-411-2260	Inverness Medical 300 S Line Ave, Inverness, FL 34452 Tel.: 352-419-5760 Fax: 877-209-5265	Lecanto Medical 595 N Lecanto Hwy Lecanto, FL 34461 Tel.: 352-527-2244 Fax: 877-275-8781	Ocala 7205 SE Maricamp Rd Ocala, FL 34472 Tel.: 352-680-7000 Fax: 877-849-9264	Sumterville 1389 S US Hwy 301 Sumterville, FL 33585 Tel.: 352-793-5900 Fax: 855-832-3504	Homosassa 7945 S Suncoast Blvd Suites A & B Homosassa, FL 34446 Tel.: 352-423-4923 F: 352-423-1468
---	---	---	---	---	---	--

Solicitud de escala variable

Langley Health Services (LHS) es un centro de salud aprobado por el gobierno federal. Podemos ofrecer un descuento en algunos servicios de acuerdo con el ingreso y tamaño de un hogar. LHS usa las directrices de pobreza federal para determinar su elegibilidad. A fin de que el descuento pueda aplicarse, las solicitudes deben presentarse dentro un plazo de 30 días posteriores a la fecha del servicio. El descuento otorgado a su hogar se evaluará cada 12 meses. En ese momento, debe volver a solicitar el descuento de tarifa variable y proporcionar documentación de ingresos actualizada.

NOTA: Es posible que usted deba cubrir el costo de algunos procedimientos, análisis de laboratorio y medicamentos.

Si desea solicitar la tarifa variable, debe proporcionar comprobantes de ingresos de todas las personas que viven en su hogar. Si no tiene ninguna fuente de ingresos, comuníquese con un consejero financiero para solicitar el Formulario de autodeclaración. Tome en cuenta que los Formularios W-2 y 1099 no son documentos aceptables como comprobantes de ingresos. Algunos ejemplos de documentación financiera aceptable son los siguientes:

- Declaración completa de impuestos sobre la renta más reciente (irs.gov).
- Carta de beneficios del Seguro Social, de discapacidad y/o de la Administración de Veteranos (VA) (Núm. del S.S. 1-800-772-1213).
- Comprobantes de ingresos por jubilación/pensión o recibos de pago del mes anterior de todas las fuentes de ingresos.
- Carta del programa de cupones de alimentos que indique el monto otorgado cada mes(myflorida.com/accessflorida).
- Carta del programa TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) que indique el monto otorgado.
- Orden judicial y/o historial de pago de manutención de los hijos.
- Formulario de verificación de empleo (debe contener enumerados 4 periodos de pago consecutivos).

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
Número de teléfono: _____ Tamaño del hogar (paciente, cónyuge y dependientes fiscales): _____

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

Nombre	Fecha de nacimiento	NSS

EXENCIÓN DE RESPONSABILIDAD: Por medio de la presente, certifico que la información anterior es fiel y exacta, según mi leal saber y entender. Comprendo que debo volver a calificar cada 12 meses a fin de mantener mi elegibilidad y que, si cualquier información proporcionada es falsa, la escala variable otorgada se anulará.

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: _____
Firma del testigo de LHS: _____ Fecha: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL Elegible para la categoría de descuento de tarifavariabile: _____ Fecha de vencimiento de la tarifavariabile: _____ Verificado por: _____ Fecha: _____	<input type="checkbox"/> Comprobante de ingresos verificado. <input type="checkbox"/> El paciente no es elegible. <input type="checkbox"/> El paciente se negó a completar la solicitud.
--	--