



RURAL HEALTH SERVICES, INC.

SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE



Clyburn Center for Primary Care
1000 Clyburn Place, Aiken, SC 29801
803-380-7000



Margaret J. Weston Community Health
4645 August Road, Beech Island, SC 29842
803-380-7000



Family Health Care
120 Darlington Drive, Aiken, SC 29803
803-380-7000

SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

La política de **Rural Health Services, Inc. (RHS)** es proveer servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen con base en la cantidad de miembros de familia y el ingreso anual. Por favor, complete la siguiente información y devuélvala 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 RHS, pero no a los servicios o los equipos que se adquieran de terceros, entre ellos las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos y la interpretación de radiografías hecha por un radiólogo y otros servicios similares. Esta formulario debe completarse cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

INFORMACIÓN DEL JEFE DE FAMILIA

Jefe de familia: Lugar del empleo:

Teléfono de casa: - - Teléfono móvil: - - Otro:

Correo electrónico:

Dirección: Ciudad: Estado: Código postal:

INCLUYE SU CÓNYUGE, SUS DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS Y OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA.

	Nombre	FDN	Nombre	FDN
Yo			Dependiente	
Cónyuge			Dependiente	
Dependiente			Dependiente	
Dependiente			Dependiente	
Miembro del hogar			Miembro del hogar	

INGRESOS ANUALES DEL HOGAR

Fuente de los ingresos	Yo	Cónyuge	Otro	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Ingresos procedentes de una empresa, trabajador por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación de los trabajadores, Seguro Social, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos de jubilación				
Intereses, dividendos, cánones de arrendamiento, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia para educación, pensión alimentaria, manutención de los hijos (pensión alimentaria), ayuda de fuera del hogar y otras fuentes diversas.				
Ingresos totales				

Nota: Antes de aprobarse un descuento, pueden exigirse copias de las declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que certifique los ingresos

Certifico que la información sobre los ingresos y la cantidad de personas en el hogar es correcto.

Nombre del paciente en letra de molde: _____

Firma del paciente: _____ Fecha: _____