Lackey Memorial Hospital
SOLICITUD DE CUOTA DE DESLIZAMIENTO

Para su asistencia, tenemos una escala móvil de tarifas. Para que podamos determinar si califica para la escala móvil de tarifas, proporciónenos la siguiente información.

¿Cuántas personas son apoyadas por este ingreso?_____
Use la cantidad de personas en su familia que viven en el mismo hogar que comparten ingresos, comida y / o alquiler. Ese número lo incluye a usted, su cónyuge y / o cualquier dependiente.

Dirección de envio:_____ Número de teléfono:_____
_____
_____

Por favor enumere las personas que ha incluido:

NOMBRE	RELACIÓN	FUENTE DE INGRESO	EMPLEADOR

¿Alguien en su hogar recibe asistencia de TANF?_____
¿Alguien en su hogar recibe asistencia de TANF?_____

Indique el ingreso bruto MENSUAL por artículo para su hogar:

Empleo:_____ Discapacidad :_____
Desempleo:_____ Fondos de la pensión:_____
Auto-empleo:_____ Fideicomisos de ahorro:_____
Seguridad Social:_____ Beneficios de VA:_____
Manutención de los hijos:_____Apoyo del cónyuge:_____
Asistencia pública:_____Cupones de alimentos:_____
Otro:_____

Ingreso mensual total $_____(Debe traer comprobante de ingresos)

Que yo sepa, la información dada es verdadera y correcta. Le doy permiso a Lackey Memorial Hospital y a las clínicas afiliadas para verificar la información sobre mi estado financiero. Entiendo que esta información debe proporcionarse dentro de los 30 días de la fecha de la visita para calificar para el descuento de tarifa móvil. Si no se recibe esta información, entiendo que seré responsable de la tarifa de llenado de la visita.

_____ _____ _____
Nombre del paciente Firma del paciente Fecha

For office use only:

Annual Income:_____#Household_____Sliding fee Level_____Int____