

## Solicitud para el programa de descuentos escalonados

En Options for Southern Oregon ofrecemos un programa de descuentos escalonado para que pueda recibir atención de calidad incluso cuando tal vez no tiene la posibilidad de pagar la totalidad de las tarifas. Nuestro programa de descuentos escalonados está basado en el tamaño de la familia y sus ingresos en relación con el nivel de pobreza federal. Para ser considerado para este programa debe completar la siguiente solicitud y presentar su constancia de ingresos. Si no proporciona la constancia de ingresos adecuada o si no califica en función de la constancia recibida, usted será responsable de todos los cargos. **Debe presentar una nueva solicitud y constancia de ingresos todos los años el 1 de marzo o en su primera consulta posterior a esta fecha y siempre que cambie su información de ingresos.**

<b>1</b>	<b>Información del solicitante</b>
Nombre de la parte responsable _____ F. de nac. _____ Teléfono _____	
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____	

**Tamaño de la familia: Indique su cónyuge y todos los dependientes menores de 18 años que viven en el hogar.**

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
Interesado		Dependiente 2	
Cónyuge		Dependiente 3	
Dependiente 1		Dependiente 4	

<b>2</b>	<b>Constancia de ingresos</b>
Se requiere una constancia de ingresos para cada adulto indicado anteriormente. Los tipos de constancias aceptables son:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Recibos de sueldo:</b> Recibos de sueldo correspondientes a un mes completo para el mes más actual (2 meses si se paga mensualmente). Debe incluir el nombre del empleador, el período de pago y el salario bruto.</li> <li>• <b>Carta de determinación para:</b> Seguro social, discapacidad, desempleo (debe mostrar el monto bruto semanal), manutención infantil/pensión alimentaria, indemnización del trabajador.</li> <li>• <b>Trabajadores independientes solicitantes:</b> Copia de su declaración de impuestos federal (1040) del último año con la hoja de firmas (no presente los documentos W-2 o 1099).</li> <li>• No quiero proporcionar información para verificar mis ingresos y declino la oferta de tarifas nominales. Entiendo que me cobrarán los servicios que no estén cubiertos por el seguro _____ (iniciales)</li> </ul>	

<b>3</b>	<b>Firma</b>
Entiendo que la información que proporcione se utilizará para determinar mi/nuestra capacidad de pago. La información indicada anteriormente es verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que si miento para obtener una tarifa reducida, estoy cometiendo fraude.	
<b><u>La constancia de ingresos debe entregarse antes de la próxima visita o el descuento no se aplicará y se facturarán los cargos totales de forma retroactiva hasta la primera visita.</u></b>	
_____	_____
<b>Firma del cliente</b>	<b>Fecha</b>

**4. Determinación de la escala provisional**

**La Determinación de la escala provisional solo se usa para la primera visita en Open Access. La constancia de ingresos debe entregarse antes de la próxima visita o el descuento no se aplicará y se facturarán los cargos totales de forma retroactiva hasta la primera visita.**

Fecha de uso de la escala provisional \_\_\_\_\_ Fuente de ingresos  
 indicada \_\_\_\_\_  
 (sueldos, asistencia pública, jubilación, discapacidad, etc.)

Determinación de ingresos anuales según la solicitud \_\_\_\_\_ Tamaño de la familia según la solicitud  
 \_\_\_\_\_

Descuento de escala provisional    A-\$5    B-\$10    C-\$25    D-\$40    E-\$50    F-\$125    Ninguno

**5      Cálculo de ingresos anuales**

**Constancia recibida:**

- \_\_\_\_ Recibos de sueldo
- \_\_\_\_ Carta de concesión del seguro social
- \_\_\_\_ Documentación de desempleo
- \_\_\_\_ Declaración de impuestos federal
- \_\_\_\_ Manutención infantil/pensión alimentaria
- \_\_\_\_ Otra

**Ingresos anuales basados en la constancia:**

**Información adicional:**

**6      Documentos recibidos/determinación del descuento**

Tamaño de la familia (cantidad): \_\_\_\_\_ Ingresos anuales de la familia documentados: \$ \_\_\_\_\_

Califica para los servicios con descuento: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Categoría de descuentos (encierre en un círculo):    A-\$5    B-\$10    C-\$25    D-\$40    E-\$50    F-\$125  
**Ninguna**

El cliente se negó a presentar constancia de ingresos y renunció a las tarifas nominales.

\_\_\_\_\_  
**Firma de Options for Southern Oregon**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Instrucciones para el proceso del personal:**

**1-verifique que la primera página esté completa y firmada    2-verifique que el reverso de la página esté completo    3-agregue la fuente del registro de apoyo**

**4-actualice los registros del pagador 5-agregue el registro de pagos por cuenta propia 6-escanee todos los documentos (incluso la constancia de ingresos) para la historia clínica 5-entregue al cliente una copia del formulario completado del programa de descuentos de tarifas escalonadas**

**Revisado 26/feb./2024**