

Northwest Neurobehavioral Health, LLC

Aplicacion para Descuento de Tarifa Deslizante

Es la política de Northwest Neurobehavioral Health, LLC (NNH) poder proveer servicios de salud mental esenciales sin importar la incapacidad que el cliente pueda tener para pagar. Tenemos descuentos que ofrecemos de acuerdo a el ingreso y tamaño del hogar. Una tabla de tarifas deslizantes es entonces usada para calcular el descuento básico y es actualizada cada año usando las guías federales de bajos ingresos. Si un paciente se encuentra al nivel o bajo 100% de el nivel federal de pobreza, una tarifa nominal plana de \$10 será puesta para cada cita. Una vez siendo aprobado, el descuento será honrado para las fechas indicadas abajo o será para cuatro (4) meses siguiendo la fecha de aprobación. Después de esto el cliente tendrá que aplicar de nuevo.

Favor de completar la siguiente información y regresar esta forma a recepción para determinar si usted o miembros de su familia son elegibles para un descuento. El descuento aplicara a todos los servicios de salud mental que sean recibidos en nuestra clínica pero no aplicara a los servicios a los cuales pueda usted ser referido. Por favor déjenoslo saber de inmediato si su situación financiera cambia. Pagos para servicios con descuento se esperan al tiempo del servicio.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de personas relacionadas que viven en su hogar: _____

Ingreso total del hogar: Complete una de las columnas siguientes

Miembro del Hogar	Ingreso Conjunto Anual	Ingreso Conjunto Mensual	Ingreso Conjunto Quincenal
Usted			
Cónyuge			
Niños dependientes menores de edad 18			
TOTAL			

Nota: Incluya ingresos de todas fuentes incluyendo salarios totales, propinas, seguro social, discapacidad, ingreso suplemental, beneficios sobrevivientes, ingreso de jubilación, intereses, dividendos, rentas, ingresos de propiedades, fideicomisarios, asistencia educativa, pensiones, anualidades, pagos de veteranos, negocio total o trabajo por cuenta propia, pension para alimento y mantenimiento de niños, militar, desempleo, y compensación a los trabajadores (subsidios de vivienda y estampillas alimenticias no aplican)

Yo certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos anotados arriba son correctos. Copias de reembolsos de impuestos, talones de sueldo y otra información que verifique los ingresos. Si no esta ganando un ingreso, favor de proporcionar una breve declaración que explique como se cubren los gastos de vivienda.

Nombre de persona(s) responsables (por favor imprima) Firma Fecha

Ingresos				Total
Ingresos Mensuales antes los impuestos \$	Ingresos Mensuales después los impuestos \$	Otros (lista) \$	Otros (lista) \$	N/A
Pensión alimenticia \$	Sosten de niños \$ (Apoyo)	Disabilidad \$	Beneficios de Seguridad Social \$	N/A
Pensión de retiro \$ (Jubilacion)	Desempleo \$	Estampillas de comida \$	Asistencia social \$ (Bienestar)	N/A
Ingresos en total				\$
Gastos	Pagado a Quien	Balance Debiendo	Valor	Pago
Renta o Hipoteca		\$	\$	\$
Electricidad		\$	N/A	\$
Gas		\$	N/A	\$
Agua		\$	N/A	\$
Basura y Alcantarilla		\$	N/A	\$
Teléfono		\$	N/A	\$
Cable		\$	N/A	\$
Aseguransa Medical		\$	N/A	\$
Aseguransa del Auto		\$	N/A	\$
Aseguransa de la Vida		\$	N/A	\$
Medicación (Medicamento Rectado)		\$	N/A	\$
Gastos medicales (lista en una página separada)		\$	N/A	\$
Pagos para los autos		\$	\$	\$
Gasto de transporte		\$	N/A	\$
Tarjeta de crédito (lista en una página separada)		\$	Crédito Disponible \$	\$
Prestamo para la educación		\$	N/A	\$
Encargo de niños		\$	N/A	\$
Comida y las cosas domesticas		\$	N/A	\$
Otros Gastos (explique)		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
Gastos en total				\$
Balance (ingresos menos los gastos)				\$