



Querido paciente,

Nuestros registros indican que fue visto por un proveedor de El Centro Wright para la Salud Comunitaria y que no tenía ninguna cobertura de seguro médico para los servicios prestados.

Si tiene cobertura médica, llame al Departamento de Facturación al 570-343-2383, Opción # 4 con la información de su seguro, y actualizaremos su archivo y le enviaremos estos cargos.

Si no tiene cobertura médica o tiene un saldo después del seguro que no puede pagar, puede calificar para el programa de descuento de tarifa móvil. La elegibilidad se basa en el ingreso y el tamaño de la familia (o del hogar). Para determinar si es elegible, complete la solicitud adjunta y envíela con un comprobante de ingresos para cada miembro de su hogar. Ejemplos de comprobantes de ingresos aceptables son:

- Formulario W-2, recibo de pago actual
- Declaración de impuestos actual
- Carta de adjudicación de desempleo, seguridad social, discapacidad, compensación laboral
- Carta de adjudicación de pensión alimenticia y / o pensión alimenticia
- Información de pensión o jubilación.
- Carta del empleador estableciendo los ingresos.
- Testimonios de personas que realizan pagos a miembros del hogar.

Por favor envíe su solicitud a:

El Centro Wright para la Salud Comunitaria  
501 South Washington Avenue, Suite 1000  
Scranton, PA 18505  
Atención: Consejera Financiera.  
Departamento de facturación

Puede ponerse en contacto conmigo al 570-591-5253 si tiene alguna pregunta.

Gracias por su rápida respuesta.

Consejero financiero



# SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES DENTAL

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_  
Ultimo Primero Medio Fecha de nombramiento : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: (celular) \_\_\_\_\_ (hogar) \_\_\_\_\_

Número de miembros del hogar que viven en la dirección anterior \_\_\_\_\_

Miembros de la familia / hogar: el número de personas que viven en el hogar, que conviven, contribuyen mutuamente a los gastos del hogar y afirman que son una unidad del hogar. Se reconoce que otras personas pueden residir en la residencia común y no ser consideradas como parte de la unidad del hogar.

(Cualquier persona, incluido usted mismo, que viva en el hogar debe enumerarse a continuación) :

	Nombre	Fecha de nacimiento
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____

INGRESOS DEL HOGAR (Indique TODOS los ingresos del hogar para todos los miembros adultos del hogar) :

	Total por 12 meses
Salarios brutos, salarios, propinas	\$ _____
Seguro social	\$ _____
Discapacidad	\$ _____
Granja/Autoempleo Las ganancias netas	\$ _____
Desempleo	\$ _____
Asistencia pública (excluye cupones de alimentos)	\$ _____
Compensación de trabajadores	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____

Manutención de niños	\$ _____
Militar	\$ _____
Beneficios de VA	\$ _____
Pensiones / Anualidades	\$ _____
Ingresos por dividendos o intereses	\$ _____
Ingresos de alquiler	\$ _____
Total	\$ _____

**SE REQUIERE PRUEBA DE INGRESOS PARA CADA MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR.**

Ejemplos de comprobantes de ingresos aceptables son:

- W-2, 2 comprobante de pagos actual
- Declaración de impuestos actual
- Carta de adjudicación de desempleo, seguro social, discapacidad, indemnización laboral
- Carta de manutención infantil y / o pensión alimenticia
- Información de ingresos de pensión o jubilación
- Carta del empleador estableciendo ingresos
- Carta de la persona / personas que suministran apoyo que muestra la cantidad y la frecuencia del apoyo

¿El paciente tiene actualmente algún seguro médico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, complete la siguiente información: (médica)

Nombre y dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene actualmente algún seguro dental? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, complete la siguiente información: (dental)

Nombre y dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Occupation del Paciente : \_\_\_\_\_

Nombre del empleador : \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Si tuvo un cambio en las circunstancias financieras desde su última solicitud , proporcione la documentación de los ingresos actuales o el estado financiero y escriba una nota explicando cómo ha cambiado. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor

Fecha

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente

\_\_\_\_\_ Para uso de la oficina

Este documento fue recibido el \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

Tarifa aprobada por tabla \_\_\_\_\_ Vuelva a aplicar antes de \_\_\_\_\_