



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

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 _____