

Solicitud de descuento de tarifa

Es la política de Siouxland Mental Health Centro para ofrecer servicios de salud conductual independientemente de la capacidad Pago del Cliente. se ofrecen descuentos según el hogar, el tamaño y los ingresos anual. Por favor complete la información solicitado y devolverlo a la recepción para determinar si usted o los miembros de su la familia es elegible para esto descuento.

El descuento se aplicará en terapia y psiquiatría. servicios recibidos en esta clínica, pero no aquellos servicios o equipos que son comprados a entidades externas, incluyendo pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos y otros tales servicios. Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambios.

El Centro de Salud Mental de Siouxland puede ofrecer descuentos en los servicios dependiendo del tamaño del hogar y de la ingreso. Los cálculos para el plan de pago son determinado a través de los formularios impuestos, W-2 o los dos últimos talones de pago talones de pago consecutivos. Posteriormente, SMHC utiliza un programa de tarifas para determinar elegibilidad.

Su descuento familiar se evaluará anualmente o si su situación financiera cambia.

TENGA EN CUENTA: El/la paciente puede ser responsable del pago de algunos tratamientos, medicamentos y pruebas de laboratorio.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de facturación de SMHC al 712- 252-3871

Siouxland Mental Health Center (SMHC) es un centro comunitario de salud mental sin fines de lucro que proporciona una amplia gama de servicios de salud mental para la evaluación y el tratamiento de personas de todas las edades con alguna enfermedad mental, angustia emocional individual o de familia y circunstancias abrumadoramente estresantes

El Centro de Salud Mental de Siouxland atiende a todos individuales para el tratamiento de enfermedades mental.

Siouxland Mental Health Center
625 Court Street
Sioux City, IA 51102
www.siouxlandmentalhealth.com
712-252-3871



Solicitud de descuento de tarifa

“Marcando la diferencia en la comunidad, marcando la diferencia en la vida de las personas”

712-252-3871

Solicitud de descuento de tarifa de Siouxland Mental Health Center

La escala para el plan de pagos es un metodo para obtener tarifas reducidas según el tamaño y los ingresos del hogar. Para ser elegible para este programa, la siguiente solicitud debe de ser completada, firmada, fechada y entregada en recepción junto con un comprobante de ingresos (consultar la lista en la parte trasera para las formas de ingreso aceptables).

Apellido _____ Nombre _____ Teléfono _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Fuentes de ingreso: Todos los miembros que viven en el hogar. Se considera "Hogar" a todas las personas que viven con usted en la misma dirección. Si la situación de vivienda es temporal, informe al personal de Siouxland Mental Health Center sobre su situación.

| Fuente | Usted | Cónyuge | Otros | Total |
|--|-------|---------|-------|-------|
| Salarios brutos, sueldos, propinas, etc. | | | | |
| Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes. | | | | |
| Compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, ingresos de seguridad suplementarios, asistencia pública, pagos a veteranos, prestaciones de supervivencia, pensión, o ingresos de jubilación | | | | |
| Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos del estado, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de hijos, asistencia por fuera del hogar y otros diversos recursos | | | | |
| Ingresos totales | | | | |

NOTA: Es posible que se requieran copias de declaraciones de impuestos, comprobantes de pago y otra información que verifique los ingresos antes de que el descuento sea aprobado.

TAMAÑO DEL HOGAR :Enumere a todos los miembros del hogar por NOMBRE Y FECHA DE NACIMIENTO, incluyase usted mismo:

| NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO | NOMBRE | FECHA DE NACIMIENTO |
|--------|---------------------|--------|---------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Certifico que la información sobre tamaño de mi familia y los ingresos que se muestran son correctos:

Firma _____ Fecha _____

Solo para uso de oficina

Para ser completado por el personal de SMHC

- Comprobante de ingresos Paciente se nego a completar Paciente no califica para descuento de tarifa

Opcional: El paciente o algún miembro del hogar ha solicitado Medicaid/Medicare/otra asistencia? Si No

Notas: _____

Escala para plan de pago aprobada: A B C D E Importe de cuota: \$ _____

Fechas de servicio pasadas revisadas para ajustes Si N/A Por: _____

Identificación/dirección: Licencia de conducir, factura de servicios públicos, Si No
 identificación de empleo u otra? Si No

Ingresos: Declaración de impuestos, 3 recibos de pagos más recientes, otros? Si No

Seguro: Tarjetas de seguro?

Verificado por _____ Fecha _____