



HONOR SE PREOCUPA

APLICACIÓN PARA PROGRAMA DE DESCUENTO CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y DE TAMAÑO DE FAMILIA

Jefe de Hogar		Número de Teléfono/Célular		
Calle	Ciudad	Estado	Código Postal	
Tiene Seguro de Salud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		Fecha de Nacimiento del Solicitante		

Para Cada Categoría , Ingrese El Número De Miembros De La Familia En El Hogar	Número
Adultos (No incluye sus, padres, abuelos, tías, tíos, amigos, compañeros, niños mayores de 18 años)	
Hijos Solteros de (sangre/medio/hijastros) menores de 19 años (No incluyen hijos de crianza)	
Niños por nacer de cualquiera de los miembros de la familia	
Total de miembros de familia	
Persona sin Hogar <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Adolescentes (11-17 años) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Si es un individuo o adolescente sin hogar, prueba de la evidencia no es necesaria y considerado familia de uno(1) Los niños y jóvenes en hogares de crianza serán vistos como una familia de uno (1).	

Ingreso Anual de Hogar				
Fuente	Yo	Cónyuge	Otro	Total Mensual
Sueldos, salarios, propina (mensual)				
Beneficios de Seguro Social				
Pensiones				
Beneficios de Veteranos				
Pensión Alimenticia, Mantenimiento de hijos (mensual)				
Auto-empleo (mensual)				
Otro ingreso (mensual)				
Total De Ingresos Mensuales				\$

Indique su cónyuge y todos los dependientes que son elegibles para el descuento			
Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
Esposa/Esposo		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente			



HONOR SE PREOCUPA

APLICACIÓN PARA PROGRAMA DE DESCUENTO CERTIFICACIÓN DE INGRESOS Y DE TAMAÑO DE FAMILIA

A los pacientes no se les negarán los servicios (incluidos los servicios confidenciales para adolescentes) debido a su incapacidad para pagar, incluidos los saldos pendientes de los copagos y los deducibles.

- Confirmando que lo anterior es verdad y exacto. Acepto informarle a Honor Community Health sobre cualquier cambio en mis ingresos. Si no se proporciona información veraz, precisa y / o puntual, puede perderse el financiamiento de los privilegios de la escala de descuento.
- Me niego a solicitar el Programa de Descuento de Honor.

NOTA: Para cumplir con las regulaciones federales, para darle un descuento de nuestros servicios médicos, es necesario que nosotros hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán en estricta confidencialidad. Usted tiene que verificar sus ingresos por lo menos cada año.

Firma de Paciente

Fecha

Sólo para uso interno:

HONOR Cuidados Cantidad de Descuento Del Programa

- Este paciente **califica** para el programa de descuento de Honor en función del tamaño de la familia y los ingresos de hogar informados.
- Este paciente **no califica** para el programa de descuento.

Categoría de la transparencia:
(Marcar con un círculo a continuación)

	A	B	C	D
Medico	\$15	\$25	\$35	\$45
Salud de Comportamiento	\$5	\$6	\$7	\$8
Odontólogo- Servicios dentales preventivos	\$35	75%/min \$40	50%/min \$45	25%/min \$50
Odontólogo- Servicios dentales menores	\$55	75%/ min \$60	50%/ min \$65	25%/ min \$70
Odontólogo- Servicios dentales mayores	\$65	75%/ min \$70	50%/ min 75	25%/ min 80

*No incluye los costos de los laboratorios dentales y los costos del dispositivo médico/suministro.

Fecha de vigencia:

Fecha de vigencia:

Autorizado por: