



Centro de Orientación Familiar Formulario de solicitud de escala móvil de tarifas

Nombre del consumidor: _____ Nuevo consumidor: Sí/No Fecha de la solicitud: _____

Fecha de nacimiento del consumidor: _____ Edad del consumidor: ____ SSN del consumidor (opcional): _____

Nombre del cónyuge (si está casado): _____ SSN del cónyuge (opcional): _____

Si el consumidor es un niño y/o discapacitado:

Nombre del padre/tutor n.º 1: _____ SSN del padre/tutor n.º 1 (opcional): _____

Nombre del padre/tutor n.º 2: _____ SSN del padre/tutor n.º 2 (opcional): _____

Enumere a todas las personas que residen en su hogar de las que usted es legal y financieramente responsable:

	Nombre	Relación	Fecha de nacimiento	Edad
1.	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____

Es política de Family Guidance Center brindar servicios de atención médica a un costo asequible para sus consumidores. Los ingresos anualizados de los hogares de los consumidores deben calcularse y documentarse para brindar servicios de atención médica a una tarifa adecuada, según la escala móvil de tarifas del Family Guidance Center y según lo exigen las reglas que rigen los Centros Comunitarios de Salud del Comportamiento Certificados. Esta información también puede ayudar a Family Guidance Center a ayudar a los consumidores con otros programas que ofrecen asistencia financiera. Si es padre o tutor de un menor o tutor legal de un adulto, proporcione su información financiera. Si está casado, proporcione ambos ingresos.

PERSONAL DE ORIENTACIÓN FAMILIAR: Documente la elegibilidad del programa de tarifa variable mediante el uso de la hoja de cálculo de Excel Calculadora de elegibilidad de tarifa variable. Esta solicitud, la Calculadora de elegibilidad y las copias de la documentación de ingresos utilizada para la evaluación deben ingresarse en el archivo del consumidor.

Doy fe de que la información de ingresos que he proporcionado a Family Guidance Center es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que si no he sido sincero acerca de mis ingresos actuales, seré 100 % responsable de los cargos de mi Centro de Orientación Familiar y no seré elegible para el programa de tarifa variable durante futuras visitas. Además, entiendo que mi elegibilidad para el programa de escala móvil de tarifas se volverá a determinar al menos una vez al año y que debo informar cualquier cambio en mis ingresos y/o el tamaño de mi hogar al Centro de Orientación Familiar.

Firma del Consumidor o Tutor

Fecha

Centro de Orientación Familiar Testigo

Fecha



Centro De Orientación Familiar Para La Salud Del Comportamiento

Nombre del consumidor: _____

Fecha de cumpleaños: _____

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR: _____ INGRESO AUTOINFORMADO: \$ _____

NOMBRE DEL MIEMBRO DEL HOGAR: _____ INGRESO AUTOINFORMADO: \$ _____

Declaración de Responsabilidad

ESTO SE UTILIZARÁ ÚNICAMENTE CUANDO UN CONSUMIDOR AFIRME QUE NO TIENE INGRESOS FAMILIARES, O PARA QUE UN CONSUMIDOR DECLARE SUS INGRESOS FAMILIARES BAJO CIRCUNSTANCIAS EN LAS QUE ES IMPOSIBLE PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS APROPIADA.

Doy fe de que proporcionar la documentación requerida para respaldar mis ingresos informados es inviable o imposible de obtener. Si autodeclaro ingresos de \$0 para mi hogar, doy fe de que estoy siendo totalmente sincero al respecto. Doy fe de que la información de ingresos que he proporcionado a Family Guidance Center es verdadera y precisa según mi leal saber y entender. Entiendo que si la información está disponible y hay una discrepancia con la documentación y mis ingresos informados en esta hoja, se volverá a evaluar mi elegibilidad de tarifa variable y puedo ser 100% responsable de los cargos de mi Centro de Orientación Familiar y se me puede considerar no elegible. para el programa de tarifa variable. Además, entiendo que debo informar cualquier cambio en mis ingresos informados al Centro de Orientación Familiar en mi próxima visita.

Firma del consumidor o padre/tutor

Fecha

Centro de Orientación Familiar Testigo

Fecha