

GENERATIONS FAMILY HEALTH CENTER, INC.

2026

SOLICITUD DE DESCUENTO DE ESCALA DE TARIFAS VARIABLES

La política de Generations Family Health Center, Inc. es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Es posible que los descuentos se ofrezcan en función del número de miembros que integran la familia o el hogar y de los ingresos anuales. Complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para obtener un descuento.

Nombre del paciente:	Dirección (calle, ciudad, estado y código postal)
Nombre del jefe del hogar, si es diferente al del paciente:	

TAMAÑO DE LA FAMILIA: indique el número de personas que viven en su hogar, que aportan a los ingresos familiares:

Todas las cuentas de los miembros de la familia que se enumeran a continuación tendrán este formulario escaneado en sus registros aquí en Generations.

Relación (usted, cónyuge, dependiente, otro)	Mencione los nombres de las personas incluidas en el número de miembros que integran el hogar antes indicado	FECHA DE NAC.	¿Trabaja o tiene ingresos?	
			Sí	No

INGRESOS FAMILIARES ANUALES (POR AÑO):

Individual	Introduzca el importe en la frecuencia correspondiente				Tenga en cuenta lo siguiente:
	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual	Los ingresos declarables pueden incluir (pero no se limitan a): seguridad social, anualidad, pensión, pagos a veteranos, desempleo, ayuda pública, pensión alimenticia, manutención de los hijos, etc. La cantidad que indique en "Otros" no debe incluirse en la cantidad que indique a la izquierda.
Usted	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Cónyuge	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	NO declare: SNAP o ayuda alimentaria, subsidios de vivienda, devoluciones de impuestos, regalos o préstamos únicos, ayudas no monetarias.
Hijo adulto	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Otro	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	
Otro	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	

Coloque sus iniciales en las siguientes declaraciones para indicar que entiende y cumple con nuestro Programa de descuento de escala de tarifas variables.

- * Al solicitar un descuento financiero, entiendo que se me puede exigir que proporcione pruebas de los ingresos para respaldar la información incluida en esta solicitud.
- * En caso de que a mí y a los miembros de mi familia/hogar se nos apruebe un descuento, entiendo que el descuento solo se aplicará a las fechas de servicio que se encuentren dentro del período de solicitud. El período de solicitud comienza en la fecha en que se completa y firma la solicitud, y tiene una vigencia de un año.
- * Comprendo que es mi responsabilidad informar cualquier cambio que se produzca en los ingresos, el tamaño de la familia/el hogar y/o el seguro inmediatamente después de que dicho cambio ocurra, y que estos cambios pueden afectar la elegibilidad o la cantidad para el descuento.
- * Con base en la información anterior, si califico para el programa de descuentos, entiendo que el pago de mi tarifa nominal se deberá realizar en cada visita. Asimismo, acepto que los honorarios de laboratorio dental generados no están incluidos en el descuento de mi tarifa nominal.
- * Si estoy asegurado y he solicitado que no se facture a mi seguro, no podré beneficiarme del descuento de la escala móvil de honorarios. Tampoco tendré derecho a ningún descuento en los servicios de Generations que una compañía de seguros o una empresa externa me haya abonado directamente. Me comprometo a llevar dichos fondos a la oficina para que se apliquen directamente al servicio que se está pagando.

Al firmar a continuación, confirmo que la información proporcionada es verdadera y precisa. Reconozco que este es un programa financiado a nivel federal y que proporcionar información falsa con conocimiento puede descalificarme a mí y a mi familia del programa de descuentos de escala de tarifas variables.

El paciente (si es mayor de 18 años) o el jefe del hogar/tutor debe firmar a continuación para dar fe de las declaraciones y la información anterior		
Nombre en letra de imprenta:		Fecha:
Firma:		

Para uso exclusivo de la oficina:

Certifico que he revisado esta solicitud y que confirmé la exactitud de los datos con el paciente o el garante.

el miembro del _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____