



## CORE Health

Salud Mental Comunitaria y Recuperación

748 14<sup>th</sup> Avenue

Longview, WA 98632

Teléfono: (360) 200-5419

[Logo: CORE HEALTH]

### Solicitud del programa de descuento de escalas móviles de tarifas de CORE Health

#### Información del descuento de escala móvil

La política de CORE Health es brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. CORE ofrece descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales.

Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a los servicios o equipos comprados que provengan de afuera, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos y la interpretación de rayos X por un radiólogo consultor, y otros servicios similares. Debe completar este formulario cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR			LUGAR DE EMPLEO	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO

Por favor, incluya en la lista a usted mismo, su cónyuge y dependientes menores de 18 años.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento



**CORE Health**

Salud Mental Comunitaria y Recuperación

748 14<sup>th</sup> Avenue

Longview, WA 98632

Teléfono: (360) 200-5419

[Logo: CORE HEALTH]

Fuente	Usted	Cónyuge	Otro	Total
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos para veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o jubilación				
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de sucesiones, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, pensión infantil, asistencia externa al hogar y otras fuentes misceláneas				
<b>Total de Ingresos</b>				

**NOTA:** Se requerirán copias de declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento.

**Certifico que la información anterior sobre el tamaño de la familia y los ingresos es correcta.**

Nombre (Legible)

Firma

Fecha

**Solamente para Uso del Consultorio**

Nombre del Paciente \_\_\_\_\_ Descuento Aprobado \_\_\_\_\_

Aprobado por \_\_\_\_\_ Fecha de Aprobación \_\_\_\_\_

Lista de Verificación	Sí	No
Identificación/Dirección: Licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación de empleo o Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior,		
tres talones de pago más recientes u otro		
Seguro: Tarjetas del Seguro		