

Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable

Es política de los Servicios Médicos Regionales de Alabama proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. ARMS ofrece descuentos basados en el tamaño de la familia y los ingresos anuales.

Complete la siguiente información y devuélvala a la recepcionista 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 ARMS, pero no a los servicios recibidos fuera de ARMS. Los rayos X, inyecciones, suministros, prescripciones y equipos no están cubiertos por la tarifa nominal/mínima. Puede incurrir un costo adicional por encima de los cargos con descuento.

Debe completar una Solicitud del Programa de Descuento de Tarifa Variable anualmente o si sus ingresos o el tamaño de su familia cambia.

Fecha de solicitud:		Tamaño de la Familia:	
Nombre:			Fecha de Nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal: Teléfono:

Enumere a todos los miembros del hogar, incluyendo los menores de 18 años.

	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Propio		
Otro		
Otro		
Otro		

¿Recibe algún ingreso de alguna de las siguientes fuentes? y, de ser así, ¿cuánto?

Fuentes	Usted	Su Cónyuge	Sus Hijos	Otra Persona	Fuentes Totales
Sueldos brutos, salarios, W-2, etc.					
Ingresos de negocios propios o por su propia cuenta					
Seguro Social /Jubilación/ Pensión/ Veterano					
Otro: Intereses, alquiler, manutención de los hijos, pension alimenticia, Asistencia Pública					
Ingreso Total					

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia e ingresos mostrados arriba, son correctos.

Firma:	Fecha:
--------	--------

Approved?: Yes or No	Approved Discount Code:	Date Approved:	Income Documentation Provided:
ARMS Staff Verification Signature:			Date: