Healthy Connections
Community Health Network

Verificación de Tarifa de Descuento

Si desea participar en nuestro programa de tarifa de descuento, debemos hacerle preguntas personales en relación a sus ingresos y estado financiero. Si no desea compartir esta información, nosotros debemos cobrarle la tarifa completa sin descuento por todos los servicios. Los ingresos deberán ser verificados cada seis meses o cuando haya un cambio significativo en sus ingresos.

Esta información será guardada en archivos seguros y de estricta confidencia. Nosotros NO compartiremos esta información con ninguna otra persona o agencia sin primero haber obtenido su permiso para hacerlo.

Usted deberá proveer prueba de ingresos por cada uno de los familiares que deseen participar en este programa.

A continuación, porfavor enumere los nombres e información personal de cada uno de los miembros de la casa:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO (Mes/Día/Año)	NO. DE SEGURO SOCIAL	INGRESOS (ANUALES)

Miembros totales en la familia:_____ Total de ingresos:_____

Reconozco que un empleado de Healthy Connections, Inc; solicite actualizar mis ingresos familiares en cualquier momento. El retener información de ingresos familiares dará por resultado la negación de descuentos a los servicios de los centros de salud comunitarios.

Yo declaro que la información arriba mencionada es verdadera y correcta. Así mismo entiendo que si yo fraudalentamente hice una declaración equivoacada de mis ingresos, estoy sujeto a una penalidad bajo ley, sabiendo que le niego los servicios médicos a otra persona que lo necesite.

Firma:_____Fecha: _____

Ninguna persona deberá ser excluída para participar, o negarle el beneficio de, o ser sujeto de discriminacion de los programas de Healthy Connections, Inc. por su raza, color, origen de nacionalidad, edad, género o estado físico.