

ReGenesis Health Care

SELF-DECLARATION/AUTO DECLARACION

ELEGIBILIDAD FEDERAL DE AJUSTE DE ESCALA DE BAJOS RECURSOS FINANCIERO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ SEGURO SOCIAL: _____

Certifica que, _____, jefe de familia o el responsable de la persona aqui mencionada anteriormente. Esto es para declarar que **NO** recibo ingresos y Falle en traer en el dia de HOY la documentacion que prueba mi situacion economica.

INDIVIDUOS SIN TRABAJO / NON WORKING INDIVIDUALS

Declaro ademas, que ningun otro miembro de la familia esta recibiendo ingresos para pagar por servicios. Yo entiendo que cuando yo / o cualquier otro miembro de la familia comienze a recibir cualquier tipo de beneficio financiero; debo informarlo a dicha Agencia. Yo entiendo, que si no traigo prueba de ingresos requerida a la proxima visita o consulta; Mi factura sera al 100% y no recibire ningun descuento o podre cambiar mi cita para otro dia que este disponible.

INDIVIDUOS CON TRABAJOS / WORKING INDIVIDUAL

Ademas declaro, que la cantidad de ingreso aqui enumerada a continuacion son solo una estimacion que se utilizara para una sola visita de oficina. Entiendo que el no poder proveer prueba de evidencia de ingresos en mi proxima visita se me factura al 100% y no recibire ningun descuento o podre cambiar mi cita para otro dia que este disponible.

INGRESOS ESTIMADOS ACTUAL: \$ _____

FIRMA PACIENTE

DATE: _____

FIRMA PERSONAL/ OFICINA/ TESTIGO

DATE: _____

ESTA ESCALA DE AJUSTE SOLO APLICA PARA EL DIA DE HOY