

SOLICITUD DE TARIF MÓVIL / PROGRAMA DE DESCUENTO

**Grand Peaks ofrece un programa de tarifa móvil / descuento que puede reducir o descontar su costo por servicios médicos, dentales, de salud conductual o farmacia.
¡Puede calificar, incluso si tiene seguro!**

Para identificar si es elegible para descuentos, debe:

1. Solicite el programa de descuento completando **TODA LA SOLICITUD/FORMULARIO, FIRME Y FECHA A CONTINUACIÓN**. Nuestro personal calculará el descuento según el tamaño del hogar, los ingresos y las pautas federales (FPL).
2. Proporcionar a Grand Peaks prueba de todos los **INGRESOS BRUTOS DENTRO DE LOS 3 DÍAS HÁBILES** (Lunes a Viernes) posteriores a la fecha de esta solicitud.
 - **Todos los miembros de la familia/hogar deben proporcionar sus INGRESOS BRUTOS**
 - Los ingresos brutos son todos los ingresos antes de que se retengan impuestos y deducciones, incluidos los ingresos del Seguro Social.
 - **Tipos de ingresos que pueden proporcionarse a Grand Peaks:**
 - Los 2 últimos talones de cheque por cada persona que trabaja en su hogar
 - O Carta de adjudicación de discapacidad/seguro social o una declaración de pago
 - O más reciente declaración de impuestos federales (Form 1040)
 - O una carta de su empleador que indica su salario (o la forma de verificación de empleo)
 - O una carta de un conocido (que no sea un miembro de la familia) que indique su situación de vivienda / ingresos.

Tenga en cuenta:

- **Pacientes de Medicaid: DEBEN** completar esta solicitud; sin embargo, debido a los requisitos de elegibilidad que ha cumplido para obtener Medicaid, no se requiere prueba adicional de ingresos.
- **Pacientes de Medicare: Sí requerimos** prueba de ingresos para verificar la elegibilidad para el descuento.

NOMBRE(S) DE MIEMBROS DEL HOGAR: Incluye al declarante de impuestos, cónyuge, pareja y dependientes que viven en el hogar, así como dependientes definidos por el IRS.		FECHA DE NACIMIENTO	Elige un tipo de ingreso ; semanales, mensuales, anuales		
			INGRESOS SEMANALES	INGRESOS MENSUALES	INGRESOS ANUALES
<i>Ejemplo:</i>	<i>Paciente de Grand Peaks</i>	<i>1/1/2001</i>		<i>\$1500.00</i>	
Jefe de Hogar:					
Esposa/Compañero(a):					
Niño(a)/Otro:					
Niño(a)/Otro					
Niño(a)/Otro					
Niño(a)/Otro					
Niño(a)/Otro					
Niño(a)/Otro					
Número total de miembros de la familia que viven en su hogar (que trabajan/no trabajan):	#	Ingreso Total:	\$	\$	\$

Entiendo lo siguiente:

- Si su solicitud es aceptada, será válida por un año al menos que haya un cambio en sus ingresos (se requiere documentación).
- Debo volver a presentar una solicitud **ANUALMENTE** y Proporcionar documentación para seguir recibiendo servicios con descuento.
- La escala móvil puede cambiar según el tamaño e ingresos del hogar sujetos a impuestos.
- Se debe realizar un pago y se solicitado / cobrará en el momento del servicio.

A lo mejor de mi conocimiento la información anterior es verdadera y correcta. Estoy de acuerdo en informar a Grand Peaks cualquier cambio en mi tamaño del hogar, empleo y estado financiero. Si la información anterior demuestra ser incorrecta entiendo que el descuento será terminado.

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<i>Firma de Paciente/ Representante Autorizado</i>	<i>Imprimir Nombre</i>	<i>Relación al Pacient</i>	<i>Fecha</i>

***SI NO DESEA RECIBIR NINGÚN SERVICIO CON DESCUENTO O PROPORCIONAR INFORMACIÓN DE INGRESOS, FIRME:**
NO DESEO proporcionar a Grand Peaks los ingresos de mi hogar. **Entiendo que no recibiré ningún descuento y se me cobrarán tarifas completas por todos los servicios médicos, dentales o de salud conductual, incluida la farmacia / recetas, por cada visita.**

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<i>Firma de Paciente/ Representante Autorizado</i>	<i>Imprimir Nombre</i>	<i>Relación al Pacient</i>	<i>Fecha</i>