



Formulario de reducción excepcional de tarifas (solicitud de dificultades económicas)

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____

Fecha del servicio: _____

Las Reducciones Excepcionales de Tarifas (EFR, por sus siglas en inglés) son para los pacientes de Christ Community Health que tienen situaciones especiales que dificultan más de lo usual el pago de los servicios de salud. Para calificar para una EFR, usted debe estar enfrentando una situación especial cuando reciba servicios en Christ Community y debe tener una solicitud activa de Descuento de Tarifas en Escala archivada. Esta solicitud solo es válida por un día de servicio, el día de su cita.

Por favor, explique la situación que está haciendo más difícil de lo usual pagar la tarifa de su visita:

- Yo o un miembro de mi familia hemos encontrado recientemente dificultades económicas, como la pérdida de un empleo o vivienda:
- Tengo residencia verificada en un refugio o una instalación de rehabilitación.
- Soy un menor no acompañado que busca atención médica requerida por el estado.
- Estoy buscando solo pruebas de embarazo, VIH o Hepatitis C.
- Mi Proveedor ha solicitado que programe más de seis (6) visitas médicas o tres (3) visitas dentales durante 12 meses consecutivos (debe ser aprobado por el Proveedor o Asistente Médico relevante).
- Estoy embarazada y no estoy cubierta por un pagador externo (requiere prueba de embarazo positiva).
- El paciente es un recién nacido que recibe servicios durante los primeros 10 meses posteriores al nacimiento en ausencia de cobertura de terceros.
- Otro: _____

Afirmo que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Nombre del solicitante: _____ Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA:

Número de cuenta del paciente _____

Revisado por: _____ Fecha: _____

El paciente está en un Descuento de Tarifas en Escala Activo de (encierre en un círculo): A B C D

El paciente está aprobado para pagar esta cantidad hoy: (\$0, \$5, etc) _____

Debe ser aprobado y firmado por el Consejero Financiero de CCH, el Gerente del Sitio o el Administrador:

Firma del gerente: _____