

**Primary Care Health Services, Inc.**  
**Solicitud de la escala de tarifa**

Nombre del sitio \_\_\_\_\_

Cuenta # \_\_\_\_\_

Fecha aplica \_\_\_\_\_

**I. Cuéntenos sobre usted**

Su nombre \_\_\_\_\_

Dirección, incluyendo ciudad y código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Tu cumpleaños \_\_\_\_\_

su número de la Seguridad Social \_\_\_\_\_

---

**II. Cuéntenos de su familia: “familia” se define como tanto tradicionales y no tradicional, un grupo de individuos; relacionados por nacimiento, matrimonio o adopción y residir juntos o que están íntimamente relacionados, vivir bajo el mismo techo, apoyarse y mantenerse mutuamente a nivel emocional, económico y social.**

Enumere a los miembros de su hogar incluyéndose a usted mismo:

Nombre completo	fecha de nacimiento	número de seguro social
-----------------	---------------------	-------------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**III. Cuéntanos de tu ingreso**

Como pagon las quintas?

- ✓ **Todos los ingresos** que su familia recibe antes de las deducciones de impuestos **deben estar listados** durante los últimos 30 días.
- ✓ Por favor **adjunte prueba de ese ingreso** a esta solicitud.

**Primary Care Health Services, Inc.**  
**Solicitud de la escala de tarifa**

<b>Tipo de ingreso</b>	<b>Cantidad</b>	<b>¿Qué adjuntó para verificar esto?</b>
Empleo / Trabajo / W-2	\$	
Recibos netos trabajo por cuenta propia	\$	
Seguridad social	\$	
Jubilación ferroviaria	\$	
Compensación por desempleo	\$	
Compensación al trabajador	\$	
Beneficios de huelga de fondos sindicales	\$	
Beneficios de veteranos	\$	
Asistencia pública	\$	
Programa de asistencia en efectivo	\$	
Cuponesalimentos	\$	
Ingreso de seguridad suplementario	\$	
Capacitación estipendio de	\$	
Pensión alimenticia	\$	
hijos menores	\$	
familia Asignación Militar	\$	
familia y / o amigo (s)	\$	
Pensiónprivada	\$	
del gobierno de Pensiones	\$	
pagosanualidad	\$	
pagos seguro regular	\$	
Ingresos por dividendos / intereses	\$	
rentas, regalías, sucesiones, fideicomisos	\$	

**gana Mi familia \$ \_\_\_\_\_ antes de impuestos cada**

*Círculo uno: AÑO MES SEMANA*

**IV. La verdad de la declaración**

Los hechos expuestos en esta solicitud son verdaderos y completos a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto el hecho de que una declaración falsa o incompleta en esta solicitud será motivo para rechazar mi solicitud, momento en el cual seré responsable del 100% de los gastos médicos o dentales acumulados en Primary Care Health Services, Inc.

\_\_\_\_\_  
**Presenciado por y fecha**

\_\_\_\_\_  
**Su firma y fecha**

**V. Divulgación de tarifas deslizantes**

Las pautas de ingresos cambian anualmente. Se requiere una reevaluación de la tarifa móvil si se produce un cambio en su estado de ingresos durante el año. Se requiere que su aplicación se actualice anualmente, incluso si su ingreso se ha mantenido igual o su tarifa volverá al 100%.

✓ *El rango nominal en la tarifa móvil no se aplica a los servicios dentales.*

**Primary Care Health Services, Inc.**  
**Solicitud de la escala de tarifa**

- ✓ *Los honorarios por exámenes físicos del conductor y exámenes prematrimoniales se establecen en \$ 27.00.*
- ✓ *También puede usar su Master Charge o VISA si lo desea. (oficinas seleccionadas)*
- ✓ *Los pacientes deben pagar en el momento de cada visita.*

La próxima fecha de revisión programada será: 15 de<sup>abril</sup> a menos que haya un cambio en su estado de ingresos.

**VI. Resumen: (Para completar junto con el personal de PCHS)**

Sr./Mrs./Ms. \_\_\_\_\_ el ingreso total anual, mensual o semanal es \$ \_\_\_\_\_, el tamaño de la familia es \_\_\_\_\_ y, por lo tanto, es responsable del \_\_\_\_\_% médico, \_\_\_\_\_% dental y \_\_\_\_\_% de servicios de salud del comportamiento cubiertos por la escala de tarifa variable en todos los sitios de PCHS.

**Los ajustes a esta cuenta pueden ocurrir en los servicios cubiertos recibidos dentro del período de treinta (30) días del procedimiento.**

*Fecha efectiva de ajuste* \_\_\_\_\_ *Sus iniciales* \_\_\_\_\_

Entiendo la política con respecto a los servicios provistos bajo la escala de tarifas móvil, que se ha discutido conmigo. Estoy de acuerdo en pagar por los servicios cubiertos a las tarifas establecidas. Todos los demás servicios se pagarán a la tarifa vigente.

\_\_\_\_\_  
Testigo por y fecha

\_\_\_\_\_  
Su firma y fecha

**Algunos recursos de salud**

- Niños menores de 18 años de edad; Niños **Programa de seguro médico para (CHIP)**, puede ser útil. Llame al (412) 456-1877 para obtener una solicitud y soporte.
- Partnership for Prescription Assistance** llame para ver si califica para uno o más programas de medicamentos recetados gratuitos o a precios reducidos 1 888-477-2669
- Adultos mayores de 65 años de edad; El **PACE** programapuede ayudarlo con los costos de sus medicamentos recetados. Llame al 1-800-225-7223 para que le envíen una solicitud por correo.
- El Programa de Prescripción de Salud del Comportamiento/ Condado de Allegheny**, Departamento de Servicios Humanos 412 350-3426 o 412 350-5753, proporciona medicamentos de prescripción psiquiátricos sin costo para las personas elegibles. La elegibilidad se basa en el ingreso familiar y la cantidad de personas en el hogar y los gastos.
- El Programa de Asistencia de Medicamentos para el SIDA Ryan White (ADAP)** proporciona medicamentos contra el VIH a las personas con VIH / SIDA que no tienen seguro médico o tienen un seguro médico privado que no paga por los medicamentos. Llame a **la línea directa de SIDA**; en Pennsylvania: (800) 662-6080, Departamento de Salud: (717) 783-0572

**Primary Care Health Services, Inc.**  
**Solicitud de la escala de tarifa**

- ❑ Programa de Asistencia Médica / DPW, llame al (412) 697-4697 para programar una cita o comuníquese con la oficina de asistencia de su condado.