

MISSOURI HIGHLANDS HEALTH CARE DE TARIFA VARIABLE DE CUIDADO

El Corredizo Tarifa Escala es a método para Proporcionar reducido honorarios, basado en a del hogar tamaño y ingreso. En orden a ser elegible para este programa, se debe completar y enviar la siguiente solicitud con la siguiente información para todas las personas en el hogar:

- Mayoría reciente Ingreso Impuesto Devolver
- Actual ingreso documentación (ver Política & Procedimiento para ejemplos)

Cabeza de Familiar: Último _____ Primero _____ MI _____ Teléfono: _____
 Dirección de envío: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

FUENTES DE INGRESOS : Ingreso información requerido para todo familiar miembros. Familiar es considerado todo personas viviendo con tú en la misma dirección.

Fuente	Cantidad	Dos veces		Mensual	Anualmente
		Semanal mente	quincenal por mes		
Salarios y Salarios (Ser)	_____	[]	[]	[]	[]
Salarios y Salarios (Cónyuge)	_____	[]	[]	[]	[]
Salarios y Salarios (Otro)	_____	[]	[]	[]	[]
Pensión/IRA/Keogh Plan	_____	[]	[]	[]	[]
Trabajadores Compensación	_____	[]	[]	[]	[]
Social Seguridad (Yo/cónyuge)	_____	[]	[]	[]	[]
Social Seguridad (Niños)	_____	[]	[]	[]	[]
SSI	_____	[]	[]	[]	[]
Niño Manutención/pensión alimenticia	_____	[]	[]	[]	[]
Interés Ingreso	_____	[]	[]	[]	[]
Militares/Veteranos Beneficios	_____	[]	[]	[]	[]
Desempleo Beneficios	_____	[]	[]	[]	[]
Público Asistencia	_____	[]	[]	[]	[]
Otro Familia Miembros	_____	[]	[]	[]	[]
Otro Ingreso (especificar)	_____	[]	[]	[]	[]

FAMILIAR TAMAÑO : Lista todo familiar miembros por Nombre, Fecha de nacimiento, y Social Seguridad Número, **incluido tú mismo**

<u>NOMBRE</u>	<u>FECHA</u>	<u>DE NACIMIENTO</u>	<u>SOCIAL SEGURIDAD #</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

POR FAVOR LEER EL SIGUIENTE DECLARACIÓN CON CUIDADO ANTES FIRMA

Yo, el abajo firmante, he completado esta solicitud de elegibilidad para la tarifa variable y confirmo que esta información es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender. Además, entiendo que cualquier cambio en mi situación financiera y/o familiar debe informarse inmediatamente a Missouri Highlands Health Care. Cuidado y una nueva se debe presentar la solicitud. Entiendo que esta solicitud vence en la fecha determinada por MHHC a continuación y que tengo que volver a presentar la solicitud en ese momento con toda la documentación requerida. Entiendo cualquier falsificación o la falta de información cambios puede resultado en mi ser hecho inelegible para el Corredizo Tarifa ajustes hecho disponible por MHHC. I entender si encontré que se ha producido fraude debido a declaraciones erróneas de ingresos y/o tamaño del hogar para obtener descuentos de tarifa variable, que los descuentos se revertirán y seré responsable del 100% de los cargos y no seré elegible para ningún descuento de tarifa variable en el futuro.

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____

presenciado por (MHHC representante): _____

_____ aprobado _____ % de Descuento aprobada Fecha de vencimiento: _____

Provisiones, si cualquier: _____

_____ Razón denegada : _____

_____ pendiente denegada: _____

Certificado por: _____ Fecha: _____



Fecha: _____

I, _____, afirmo que I soy actualmente no trabajando .

Agradecer tú, _____

Testigo: _____

Missouri Highlands Health Care

Solicitud de tarifa variable de atención

Del paciente Ser- Declaración Acerca de No presentación de Ingreso Declaraciones de impuestos

I, el abajofirmante, estado eso ni I ni cualquier de mi los miembros del hogar tener archivado un Ingreso Declaración de Impuestos con el Gobierno federal y/o estado de Missouri durante el último año. Confirmando que esta información es verdadero y exacto a lo mejor de mi conocimiento. Además, entiendo que cualquier falsificación o falla para reportar información sobre mi parte será resulta en mi Corredizo Los descuentos de tarifas son inversos y I voluntad pagar 100% de todo cargos de el fecha de esta solicitud hacia adelante.

Firma del aplicante: _____ Fecha: _____

Testigo (MHHC Representante): _____ Fecha: _____