



SIERRA VISTA HOSPITAL

800 East 9th Avenue Truth or Consequences NM 87901

Teléfono: (575) 894-2111 Fax: (575) 894-7659

-SOLICITUD PARA LA ESCALA DE TARIFAS VARIABLES-

CÓMO PRESENTAR UNA SOLICITUD:

- 1) Complete la solicitud para la escala de tarifas variables en su totalidad.
- 2) Firme y feche la solicitud.
- 3) Envíe de vuelta la solicitud con su comprobante de ingresos y todos los documentos de respaldo.

INFORMACIÓN GENERAL:

- ❖ La elegibilidad para la escala de tarifas variables depende de lo siguiente:
 - Número de personas que componen el grupo familiar
 - Ingresos familiares/del grupo familiar
- ❖ El asesor financiero conservará los expedientes de todos los solicitantes que califiquen.
- ❖ A nadie se le asignará la escala de tarifas variables sin haber presentado una solicitud completa/actualizada y la información financiera requerida.
- ❖ La escala de tarifas variables solo se aplica a las visitas a los consultorios de la clínica. Laboratorio, radiología, sala de emergencias, así como otros cargos del hospital no están incluidos en el Programa de Escala de Tarifas Variables.
- ❖ Todos los solicitantes deben volver a presentar una solicitud anualmente o cuando cambie su situación financiera.
 - La escala de tarifas variables se revisará de acuerdo con el año fiscal de la institución.



SIERRA VISTA HOSPITAL

800 East 9th Avenue Truth or Consequences NM 87901

Teléfono: (575) 894-2111 Fax: (575) 894-7659

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA ESCALA DE TARIFAS VARIABLES:

	Completar y firmar la solicitud para la escala de tarifas variables (SFS, por sus siglas en inglés)
	Proporcionar una identificación con foto (licencia de conducir, pasaporte, identificación laboral, etc.)
	Tarjetas de seguros (si procede)

LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMPROBANTES DE INGRESOS:

(traiga solo lo que le aplique a usted y a su grupo familiar)

	Comprobantes de pago (los 3 más recientes)
	Cupones de alimentos - Informe de asistencia general
	Carta de adjudicación de beneficios del Seguro Social (SS) o del Departamento de Asuntos de Veteranos (VA), O estado de cuenta bancario que muestre el depósito directo (más reciente)
	Ingresos por seguro de discapacidad
	Manutención de menores/pensión alimenticia
	Si no tiene ingresos, declaración jurada notariada de usted o de la persona que le ayuda económicamente
	Declaración de impuestos federales del año anterior (copia) O formulario 4506-T firmado (formulario de no presentación de impuestos)
	Otros ingresos



Centro de Salud Comunitario de Sierra Vista

Solicitud para la escala de tarifas variables

La política de Sierra Vista Hospital es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Ofrecemos descuentos según el número de miembros de la familia y los ingresos anuales.

Complete la siguiente información y envíela al asesor financiero para determinar si usted o algún miembro de su familia son elegibles para un descuento. Si se aprueba, el descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en el Centro de Salud Comunitario de Sierra Vista, pero no a los servicios prestados fuera de la clínica, incluidos análisis de laboratorio, radiología y otros servicios similares. Debe completar este formulario cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre del responsable del grupo familiar: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: _____

Inclúyase e incluya a su cónyuge y a todos los dependientes menores de 18 años.

Nombre	Fecha de nacimiento

Indique todas las fuentes de ingresos.

Fuente	Propios	Cónyuge	Otros	Total
Salarios brutos, sueldos, propinas, etc.				
Ingresos de actividades comerciales, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación al trabajador, Seguro Social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensiones o jubilaciones				
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos procedentes de patrimonios, fideicomisos, ayudas educativas, pensiones alimenticias, manutención de menores, ayudas procedentes de fuera del grupo familiar				
Cualquier fuente adicional				
Ingresos totales				

Es posible que se requieran copias de declaraciones de impuestos, comprobantes de pago o cualquier otra información que verifique los ingresos antes de poder aprobar un descuento.

Certifico que la información sobre el número de miembros de la familia y los ingresos indicada arriba es correcta.

Firma

Fecha

Nombre (en letra de imprenta)

Para uso exclusivo de la oficina

Nombre del paciente: _____

N.º de ID del paciente: _____

Monto de copago aprobado para la SFS: _____

Fechas de vigencia: _____

Aprobado por: _____

Fecha de aprobación: _____

Lista de verificación	Sí	No
Identificación/dirección: licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación de empleo o algún otro formulario		
Ingresos: declaración de impuestos del año anterior, tres comprobantes de pago más recientes o algún otro documento		
Seguro: tarjetas del seguro, verificación de Healthxnet, verificación del portal, etc.		