



Northwest Michigan Health Services, Inc.

Escala de Precios Reducidos

Si tiene seguro de salud, todavía puede calificar para la escala de precios reducidos.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____

Instrucciones:

- Paso 1:** Por favor liste **TODOS** los miembros del hogar, incluyéndose a usted mismo.
- Paso 2:** Por favor indique **TODAS** las fuentes de ingresos mensuales para cada miembro del hogar.
- Paso 3:** Por favor agregue o presente comprobante de ingresos dentro de los **30 días**. Ejemplos: **Declaración de impuestos, W-2, o un 1 mes de talón de pagos.**
- Paso 4:** Por favor firme el formulario.

PASO 1: Miembros Del Hogar (Por favor liste TODOS los miembros del hogar, incluyéndose a usted mismo)

	Nombre	Relación Con El Paciente	Fecha De Nacimiento	Lugar De Trabajo	Tiempo Completo/Medio
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____

PASO 2: Ingresos Mensuales Del Hogar (Indique TODAS las fuentes de ingresos para cada miembro del hogar)

Tipo de Ingreso:	Miembro 1(Usted):	Miembro 2:	Miembro 3:	Miembro 4:
Empleo (incluya propina)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo	_____	_____	_____	_____
Asistencia en efectivo de MI	_____	_____	_____	_____
Apoyo conyugal, (Child support)	_____	_____	_____	_____
Pensión	_____	_____	_____	_____
Seguro Social	_____	_____	_____	_____
Otro:	_____	_____	_____	_____
INGRESO TOTALES	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

PASO 3: Comprobante de ingresos (Por favor incluya o presente comprobante de ingresos dentro de los 30 días, para evitar que se le cobre el precio total por los servicios brindados.)

Entiendo que si soy elegible para la tarifa móvil, cualquier declaración falsa, omisión u otra representación falsa hecha por mí en esta solicitud puede resultar en mi despido inmediato. La póliza de esta organización es ofrecer oportunidades iguales sin distinción de raza, color y religión.

PASO 4: Firma:

Paciente/Guardián:
Fecha:
Nombre de Guardián:
Relación con el Paciente:

Lo máximo que pagará por visita:	Plan A \$20 Médico \$30 Dental	Plan B \$30 Médico \$40 Dental	Plan C \$40 Médico \$55 Dental	Plan D \$55 Médico \$75 Dental	Plan E Sin descuento: usted paga los cargos completos
Tamaño de la familia	Ingresos mensuales del hogar				
1	\$0 - \$1,073	\$1,074 - \$1,610	\$1,611 - \$1,986	\$1,987 - \$2,147	Mas de \$2,147
2	\$0 - \$1,452	\$1,453 - \$2,178	\$2,179 - \$2,686	\$2,687 - \$2,903	Mas de \$2,903
3	\$0 - \$1,830	\$1,831 - \$2,745	\$2,746 - \$3,386	\$3,387 - \$3,660	Mas de \$3,660
4	\$0 - \$2,208	\$2,209 - \$3,313	\$3,314 - \$4,085	\$4,086 - \$4,417	Mas de \$4,417
5	\$0 - \$2,587	\$2,588 - \$3,880	\$3,881 - \$4,785	\$4,786 - \$5,173	Mas de \$5,173
6	\$0 - \$2,965	\$2,966 - \$4,448	\$4,449 - \$5,485	\$5,486 - \$5,930	Mas de \$5,930
7	\$0 - \$3,343	\$3,344 - \$5,015	\$5,016 - \$6,185	\$6,186 - \$6,687	Mas de \$6,687
8*	\$0 - \$3,722	\$3,723 - \$5,583	\$5,584 - \$6,885	\$6,886 - \$7,443	Mas de \$7,443

Para unidades familiares de más de 8 miembros, agregue \$378.33 por mes por persona adicional.