



INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS Y SEGUROS

Apellido del Paciente:	Primer Nombre:	IN:	Fecha de Nacimiento: Mes / Día / Año
------------------------	----------------	-----	---

POLITICA DE PAGO

- El pago de los copagos y otras tarifas se esperan al momento del servicio.
- También se espera que los pacientes no asegurados paguen tarifas apropiadas al momento del servicio.
- Es su responsabilidad notificar a Avenue 360 Health & Wellness sobre cualquier cambio en la compañía de seguros.
- Si tiene Medicaid o Medicare, los cargos por su visita y los servicios recibidos se enviarán a Medicaid y / o Medicare para su reembolso a la clínica.
- Si ha presentado una solicitud para Medicaid y / o Medicare, será responsable por el monto total de los cargos hasta que se apruebe su solicitud.

INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿Este paciente está cubierto por el seguro que se presenta? Sí No (Si marcó "No", omita esta sección).

El seguro que se presenta es cobertura para? (Por favor, marque el cual aplique): Medico Dental Ambos

Por favor indique seguro primario:

Privado Medicaid Medicare CHIP CHIP Perinatal otro: _____

Seguro secundario (si corresponde):

Privado Medicaid Medicare CHIP CHIP Perinatal otro: _____

Persona responsable de los cargos:

NOMBRE	DIRECCIÓN	NÚMERO DE TELÉFONO

PLAN DE SEGURO	NÚMERO DE PÓLIZA	NÚMERO DE GRUPO

Relación del paciente con el suscriptor: Sí mismo Esposo(a) Dependiente otro

INGRESOS BRUTOS MENSUALES Para poder ayudarle mejor en la clasificación de su pago, necesitamos pruebas de sus ingresos más recientes

Ingresos brutos mensuales (por favor indique el ingreso recibido antes de taxes y deducciones);	Número de dependientes en el hogar:
---	-------------------------------------

(Por favor, marque el cual aplique):

Si usted está empleado(a) y no puede presentar la documentación apropiada de ingresos, complete la siguiente información:
Yo, _____ (su nombre) estoy empleado y mi ingresos por mes son aproximadamente \$ _____

Si usted es trabajador independiente y no reporta impuestos, complete la siguiente información:
Yo, _____ (su nombre) soy empleado por cuenta propia y mis ingresos por mes son aproximadamente \$ _____.

Si está desempleado y nadie los sostiene, complete la siguiente información:
Yo, _____ (su nombre) estoy desempleado, y nadie me sostiene, mi ingreso mensualmente es \$ _____

PROGRAMA DE TARIFAS DE DESCUENTO

- Entiendo que Avenue 360 Health & Wellness ofrece un programa de tarifa móvil para descontar el costo de la atención médica, dental o departamento de salud del comportamiento para las personas y familias que cumplen con los criterios de elegibilidad financiera. Es mi responsabilidad proporcionar Avenue 360 Health & Wellness con la documentación financiera apropiada solicitada para determinar mi elegibilidad para este programa de descuentos.
- Además, entiendo que debo volver a presentar una solicitud para el programa de descuentos cada año, o antes si los ingresos de mi familia o el tamaño de mi familia cambian.
- Certifico que la información provista en este formulario es precisa y que cualquier hallazgo de Avenue 360 de declaraciones falsas puede dar como resultado el pago total de todos los servicios prestados y futuros.

HE LEÍDO Y ENTIENDO LA POLÍTICA DE OPCIONES DE PAGO

Firma del paciente : _____ Fecha : _____

Para menores:
Firma del Padre / Tutor : _____ Fecha : _____

SÓLO PARA USO DE OFICINA	
Firma del personal de registro: _____	Fecha: _____