



Os cuidados de saúde são caros e podemos ajudar!

Aproveite o nosso programa de desconto de tarifa variável.

- Como um Centro de Saúde Comunitário Financiado pelo Governo Federal (FQHC), é nossa política fornecer serviços essenciais, independentemente da capacidade de pagamento do paciente. Descontos e/ou taxas nominais são oferecidos com base no tamanho da família e na renda anual.

Para se inscrever em nosso programa de desconto de tarifa variável.

- Preencha a inscrição abaixo e traga o comprovante de renda anual para sua próxima consulta.
- A prova de renda inclui qualquer um dos seguintes documentos:
 - Sua última declaração de imposto de renda federal atual (com W-2) e, se for autônomo, sua declaração de imposto de renda comercial atual com o Anexo C. Outras declarações de imposto de renda e anexos D ou F, se aplicável.
 - Seu recibo de pagamento mais recente antes da data do pedido. De preferência, dois contracheques consecutivos.
 - A renda do seguro-desemprego ou do auxílio-doença é verificada pela carta de concessão ou por uma cópia de um comprovante real.
 - A deficiência pode ser verificada por uma cópia do comprovante, carta de concessão ou carta bancária especificando o valor do depósito direto. A Previdência Social pode ser verificada pela carta de concessão mostrando a renda bruta.
 - Se os recibos de pagamento não estiverem disponíveis, uma carta do empregador declarando a renda observando o salário por hora e as horas trabalhadas por semana, incluindo data, nome da empresa, endereço, número de telefone e pessoa de contato.

Se você tiver alguma dúvida sobre nosso programa de desconto de tarifa variável, entre em contato conosco pelo telefone 843-663-8000 extensão 9032.

PREENCHA PARA SE CANDIDATAR A UM DOS NOSSOS PROGRAMAS
SERÁ NECESSÁRIA DOCUMENTAÇÃO DE RENDA FAMILIAR PARA SE QUALIFICAR

Nomes legais dos membros da Renda Familiar	Relação com o paciente	Data de Nascimento	Idade	Renda Bruta (Anual/Mensal/Quinzenal/Semanal) SOMENTE para uso interno
Nome legal do paciente:	Próprio			
Outro:				
Outro:				
Outro:				
Outro:				
Outro:				
Número total na família:	A. Renda Bruta total:			\$

Fontes de Renda	Sim	Não	Evidência	Quantidade (Semanal/Quinzenal/Mensal/Anual)	Total Somente para uso interno
Pensão alimentícia					
Pensão para filhos					
Rendimento de Segurança Suplementar (SSI)					
AFDC (Auxílio A2 Famílias com filhos dependentes)					
Benefícios por deficiência					
Pensão					
Aposentadoria					
Assistência (SNAP, Cupom-alimentação, etc.)					
Desemprego					
Segundo Trabalho de meio período					
Outra Renda					
B. Renda Total					\$
Renda Familiar Total Anual de todas as fontes (A+B)					\$
Formulário do Imposto de Renda					\$
Agendamento Individual					\$

Certifico que, tanto quanto sei, as informações acima fornecidas nesse formulário sobre minhas condições de vida são verdadeiras, precisas e completas, e que não possuo outra(s) renda(s) além da(s) listada(s) acima. Prometo noticiar o Centro Médico Little River, Inc. assim que houver quaisquer alterações em minha renda, por e-mail ou telefone.

Notificarei também o escritório do Centro Médico Little River, Inc. caso eu obtenha ou tenha alterações em meu Medicaid, seguro Medicare ou seguro pessoal.

Autorizo a liberação de minhas informações de elegibilidade e saúde a fabricantes farmacêuticos, ou seus representantes, para fins de auditoria do Programa Institucional de Assistência ao Paciente (IPAP) caso eu receba produtos farmacêuticos elegíveis através de um dos estabelecimentos farmacêuticos do Centro Médico Little River, Inc.

AUTO-PAGAMENTO, PERCENTAGEM DE CO-SEGURO OU CO-PAGAMENTO DEVEM SER PAGOS NA TOTALIDADE NO MOMENTO DO SERVIÇO

Assinatura do Candidato: _____ Data: _____

Somente para uso entre escritórios (Inner Office Use Only): _____ EIS – Early Intervention Services _____ TFP – Teen Family Planning
 # In Family: _____ Total calculated annual family income: \$ _____
 Approved SF: _____ Effective dates approved from _____ Expires _____

Witness (LRMC Staff): _____ Date: _____ Patient Account Number: _____