

Solicitud de Asistencia Financiera

Clínica Dental Condado de Rawlins proporciona servicios de salud de calidad para todas las personas, independientemente de su capacidad de pagar. Esta aplicación puede proporcionar asistencia si tiene alguna dificultad financiera para pagar por sus servicios o si no tiene ningún seguro médico.

Pasos para recibir asistencia financiera:

- Llenar la aplicación favor de imprimir claramente
- Asegúrese que todos los documentos justificativos estén conectados y la aplicación este firmada.
- El representante de RCDC revisara la aplicación y determinara los beneficios de asistencia

Visión general de asistencia financiera

¿Cómo califico?

Para obtener un descuento, debe completar una solicitud y adjuntar el comprobante de ingresos. Si no tiene ingresos, se requiere una carta explicando la razón o un comprobante del estado. Debe devolver esta aplicación a clínica Dental de Condado Rawlins para su revisión por un miembro del personal que determinará si usted es elegible para obtener un descuento.

¿Qué beneficios ofrecen?

Nos esforzamos por darle la mejor atención de salud económica. Para ello, le pedimos que de pagar una porción justa. Se le pedirá un pago mínimo en el momento de su servicio. Dependiendo de sus ingresos.

¿Cuánto tiempo dura el descuento?

El descuento estará vigente durante 12 meses. Si cambia el tamaño de su hogar o ingresos durante este tiempo, notifíquelo a la Clínica Dental de Condado Rawlins para asegurarse que reciba el descuento adecuado. Cuando expire su descuento, necesitará volver a aplicar.

¿Si tengo seguro de salud, puedo calificar por el descuento?

¡Sí! Sin embargo, debemos presentar la factura de sus servicios con su seguro médico primero, antes de recibir nuestro descuento. Si el seguro médico niega la factura, entonces, aplicamos el descuento a la cantidad total. Si la compañía de seguros le envía directamente un aviso de pago o denegación, debe traer o enviarlo por correo a nuestra Oficina para poder obtener su descuento. De lo contrario, se le facturará todo los servicios.

Si tiene alguna pregunta llame a nuestra oficina y estaremos encantados de ayudarle!

Nombre de Aplicante: _____

Dirreccion: _____

Numero de Telefono: _____

Informacion de Familia: Favor de incluir todas las personas que vivan con usted, empesando por usted.

| Nombre: | Edad y Fecha Nacimiento | Relacion |
|---------|-------------------------|----------|
|---------|-------------------------|----------|

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

Informacion de ingresos domestic: Favor de incluir todos los que aviten su hogar que reciben ingresos financieros(ingresos incluye del hogar incluyen todos los ingresos por el hogar, independientemente del estado civil. Ingresos incluyen ,pero no se limita a: los salaries, pensiones, los pagos de seguridad social, pagos de discapacidad, pension alimenticia, manutencion, desempleo, los salaries de empleo por cuenta propia, Beneficios de VA, etc.. Necesita 3 meses prueba de ingresos.(El Descuento sera calculado en lo total de sus ingresos antes de los impuestos) **FAVOR DE SUJETAR PRUEBA DE INGRESOS.**

La application no sera approvada si no tenemos prueba de sus ingresos. Usted sera responsable de todos los cargos que se le hagan el dia de su cita, si los documentos no son los apropiados.

Nombre de la persona
que trabaja

El Tipo de ingresos
empleadores y teléfono

Recibir ingresos

Información de seguro de salud: por favor agregue todas las personas en el hogar que actualmente tiene un seguro medico.

Nombre:

Tipo de seguro:

Entiendo que cualquier pago de seguro medico recibido por mí o en mi nombre debe aplicarse a mi cuenta antes de que reciba los descuentos. Estoy de acuerdo con pagar _____ en el momento de servicio. Certifica la información anterior es correcta y asumir la responsabilidad de ponerse en contacto con la Clinica Dental de Condado Rawlins si ay algún cambio.

Firma del paciente fecha

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY:

Date application Received: _____

Total Verified income: _____/month/year

Financial Category: A B C D E

Benefit Qualified For: _____

Expiration Date: _____

I verify that I:

- Interviewed this applicant
- Processed the application

Signature of Rawlins County Dental Personnel