



Dr. Tiffani Alwazan, ND, L.Ac.

Healthy Sticks PLLC

SOLICITUD DE TARIFA MÓVIL

Fecha de solicitud: _____

Es política de Healthy Sticks PLLC (“Healthy Sticks”) proveer servicios más allá de las posibilidades del paciente de pagar por los mismos. Se ofrecen descuentos basados en el tamaño del grupo familiar y su ingreso anual. Sírvase completar la siguiente información y enviarla junto con los comprobantes de los ingresos del grupo familiar para determinar si usted es elegible para una tarifa móvil. Si no tiene ingresos, deberá completar el formulario de Verificación de Falta de Ingresos. Las facturas de servicios no pueden ser tenidas en cuenta cuando se solicita una tarifa móvil. La tarifa móvil solamente aplicará a los servicios recibidos en Healthy Sticks. El costo mínimo de una visita inicial es de \$40 y el mínimo para una visita de reiteración es de \$25. Si los comprobantes de sus ingresos se encuentran por debajo de lo estipulado en la guía de pobreza federal, podemos ayudarlo a solicitar un seguro. Si sus ingresos cambian, usted será responsable de proveer los comprobantes actualizados de los mismos. Los siguientes comprobantes de ingresos son aceptables:

- Impuestos sobre los ingresos del año anterior
- W-2 declaración de retención
- Formulario de verificación de falta de ingresos
- Pensión
- Carta de otorgamiento de programa de atención por incapacidad temporal alimenticia
- Carta de desempleo o recibos
- Formularios de elegibilidad según los ingresos para atención médica
- Incapacidad
- Declaración de mantenimiento de niños/pensión
- Carta de otorgamiento del seguro social
- 1 mes de los más recientes comprobantes de cheques de pago o una declaración de su salario

Nombre del solicitante: _____

Número de seguro social: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono/celular: _____ Número laboral: _____

¿Número total de personas en el hogar (solicitante, cónyuge, y menores de 18 años que dependan de usted)? _____

Ingresos anuales del hogar - Previo a impuestos (incluya los ingresos de todos los miembros que se contaron anteriormente): \$ _____

Nota: Incluya el ingreso de todos los miembros del hogar provenientes de todas las fuentes, incluyendo salarios brutos, propinas, seguridad social, incapacidad, pensión, anualidad, pago por ser veterano, negocio neto o trabajador independiente, pensión alimenticia, mantenimiento de niños, ayuda militar, ayuda por desempleo, ayuda pública. Certifico que la documentación mencionada arriba es correcta según mis conocimientos. Comprendo que si esta información fuera encontrada falsa, se me podrá obligar a pagar por cualquier cargo cubierto anteriormente por mi tarifa móvil en Healthy Sticks. Una tarifa móvil es válida por 1 año desde su fecha de entrada en vigencia a menos que haya un cambio en los ingresos. Todos los pagos deben realizarse al momento de la prestación del servicio.

Firma del Solicitante _____ Fecha: _____

Uso exclusivo de la oficina. Date: _____ Expiration Date: _____

Patient Responsibility: \$ _____ (_____ %) Per: Visit Procedures Discount _____ %

Patient Notified via: phone in-person other _____ Date: _____ \$

Employee Name: _____ Employee Signature: _____