



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: \_\_\_\_\_