



PROGRAMA DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS DEL HOGAR

Apoyo financiero compasivo

La política de MAHEC es proporcionar servicios esenciales médicos, de salud mental y de atención dental, independientemente de la capacidad de pago del/la paciente. Los descuentos se ofrecen basándose en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor llene la información a continuación y devuelva el formulario a la recepción para determinar si usted o miembros de su familia reúnen los requisitos para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios esenciales proporcionados y facturables por MAHEC. La política de asistencia financiera de MAHEC no cubrirá los servicios realizados por organizaciones externas y equipos que sean comprados de empresas externas, incluyendo pruebas que se analizan en laboratorios externos, medicamentos e interpretación de radiografía por la consulta de un radiólogo y otros servicios similares. Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Se puede completar la aplicación en línea usando los códigos QR abajo, o puede pedir una aplicación en forma de papel de cualquier miembro del equipo de recepción.

Se tienen que entregar estos documentos antes de que se pueda procesar su aplicación: La aplicación completada, La prueba de los ingresos

Se deben recibir las aplicaciones dentro de 30 días después de su primera cita.

Family Health Centers **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-5502 | Fax: (828) 579-4208
Dirección postal:
123 Hendersonville Road, Asheville, NC 28803

Center for Psychiatry and Mental Wellness **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-3460 | Fax: (828) 820-8327
Dirección postal:
125 Hendersonville Road | Asheville, NC 28803

Ob/Gyn Specialists **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-5443 | Fax: (828) 407-2639
Dirección postal:
119 Hendersonville Road | Asheville, NC 28803

Dental Health Centers **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 398-5918 | Fax: (828) 552-8691
Dirección postal:
123 Hendersonville Road | Asheville, NC 28803

Internal Medicine **Asesor/a financiero/a**

Teléfono: (828) 771-3507 | Fax: (828) 579-3748
Dirección postal:
123 Hendersonville Rd, Asheville, NC 28803



English



Español

Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, por favor llame a su asesor/a financiero/a de pacientes a los números arriba citados.

Ingresos anuales del hogar de todos los adultos quienes trabajan

| Fuente | Usted | Pareja | Otro | Total |
|---|-------|--------|------|-------|
| Los dos últimos talones de cheque, formulario de declaración de impuestos con el anexo C si trabaja por cuenta propia, o carta del empleador | | | | |
| Compensación por desempleo, compensación al trabajador (indemnización por accidentes/ enfermedades laborales), seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos al veterano, beneficios al sobreviviente, pensión o ingreso de jubilado | | | | |
| Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonio/herencia, fondos fiduciarios, asistencia educacional, pensión alimenticia (conyugal), manutención infantil, asistencia de parte de fuentes fuera del hogar, y otras fuentes diversas | | | | |

NOTE BIEN: Antes de que se apruebe un descuento es necesario que proporcione copias de declaraciones de impuestos, talones de cheque, u otra información que verifique los ingresos.

Reconozco que los costos de laboratorio dental no están cubiertos por el descuento de escala móvil Sí

Certifico que la arriba citada información acerca del tamaño de la familia y acerca de los ingresos está correcta y reconozco que brindar falsa información rescindirá la solicitud del descuento de escala móvil Sí

Nombre y apellido(s) (por favor en letra de molde)

Fecha _____

Firma _____

Office Use Only (exclusivamente para uso oficial)

Approved by: _____

Date approved: _____

Family size: _____

Income: _____

Approved discount: _____

Date received signed agreement: _____

Verification Check List

Yes

No

| | | |
|---|--|--|
| Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or | | |
| Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other | | |