

Eagle View Community Health Systems Inc.

Solicitud Confidencial de Asistencia de Tarifas de Deslizamiento

**Informacion Personal**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Numero de telefono: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Esta Usted:  Empleado  Retirado

**Informacion del Empleo**

Nombre de la compania: \_\_\_\_\_ Numero del telefono: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

**Informacion de la Familia**

**Ingresos** Incluyen: (marque documentos usados)

AFCD  Rentas  Seguro Social  Invalidez  Pensiones

Beneficio de Veterano  Salario  Pension Alimenticia  Desempleo

Manutencion de Ninos  Asistencia Educativa  Intereses Dividendos

Otros- describa \_\_\_\_\_

***La Documentacion escrita de todas las fuentes de ingresos y para todas los miembros de la familia relacionados debe ser proporcionada. (No parentes, union libre o companeros de casa, no cuentan)***

Nombre: \_\_\_\_\_ Salario: \_\_\_\_\_ (annual/mensual/cada 2 semanas)

Nombre: \_\_\_\_\_ Salario: \_\_\_\_\_ (annual/mensual/cada 2 semanas)

Otras fuentes de ingresos de la familia: \_\_\_\_\_

Total de ingresos de la familia: \_\_\_\_\_

Nombres y edades de los miembros de la familia:

Nombre y edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Cobertura de Seguros

Tiene Usted cobertura de seguros?

No

Si. Si es asi, por favore completar la informacion a continuacion.

Nombre de la compania de seguros: \_\_\_\_\_

***La informacion anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta informacion esta sujeta a revision y verificacion. Entiendo que debo proporcionar documentacion escrita para respaldar esta informacion. So no proporciono esta documentacion, o si se ha falsificado informacion, se dara por terminado mi descuento de Tarifas Reducidas. Entiendo que si no regreso la documentacion dentro de los 15 dias de la vista a la clinica, voy a der responsable de los gastos en totalidad, pero entiendo que los servicios futros los descuentos padran ser aplicados. Estoy de acuerdo en notificar a Eagle View Community Health System inmediate de cualquier cambio en mi setado de cobertura de eguro o de los ingresos familiars. Entitndo que mi co-pago con descuento debera ser pagado en el momento de servivio al igual que cualquier otro pago de los planes de seguros.***

Firma del aplicante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\*Esta aplicacion debe ser completada y regresada a Eagle View con los documentos requeridos en un plazo 15 dais de los servicios recibidos a fin de obtener descuento\*

**Por favor regresar esta aplicacion con los documentos requidos a esta direction:**

**Eagle View Community Health Systems, Inc.**

**Oquawka Location**

**Po Box 198**

**Oquawka, Illinois 61469**

**Para Uso del personal de EVCHS solamente**

Total de ingresos: \_\_\_\_\_

Total de miembros de la familia: \_\_\_\_\_

Porcentage de descuento elegible: \_\_\_\_\_

Fecha de expitacion: \_\_\_\_\_

Autorizacion/firma del empleado: \_\_\_\_\_

2/12/2020