



## Solicitud de tarifa

variable Los centros de salud de Alcona están autorizados por la Oficina de atención primaria de salud para ofrecer una escala de pago variable, determinada por el tamaño de la familia y los ingresos, sobre las tarifas de los pacientes.

**Aquellos elegibles para Medicaid y Medicare pueden postularse directamente a esos programas.**

NOMBRE DEL SOLICITANTE Y DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR DE LOS QUE USTED ES FINANCIERAMENTE RESPONSABLE:	Relación con el jefe de hogar ¿	Paciente establecido o de AHC? Sí o No	FECHA DE NACIMIENTO
1. (Cabeza de familia):			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

TODA LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS y los documentos necesarios DEBEN SER ENTREGADOS CON LA SOLICITUD. DEBEMOS tener prueba de ingresos ANTES de procesar su solicitud.

**ENTIENDO QUE CUALQUIER CAMBIO EN LOS INGRESOS DEBE SER REPORTADO DENTRO DE LOS TREINTA (30) DÍAS; y doy fe de que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Número de teléfono actual del jefe de familia: \_\_\_\_\_

**Para personal uso del:**

**Fecha en que se completó: Se**

recibió la documentación de ingresos adecuada. Se completó la hoja de cálculo de la tarifa móvil.	
Se ingresó la información de la solicitud completa en el sistema de PM y coincide.	
Agregue a la hoja de cálculo para recibir un recordatorio de renovación anual.	
Comuníquese con el Departamento de Farmacia	

