



Granville Primary Care & OB-GYN y Granville Primary Care Butner-Creedmoor
Solicitud de descuento de tarifa variable – Asistencia financiera

Es política de Granville Health System brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente en nuestras ubicaciones de atención primaria y obstetricia-ginecología. Granville Health System ofrece descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales.

Complete la siguiente información y devuélvala en la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a aquellos servicios o equipos adquiridos fuera, incluidas pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos, interpretación de radiografías por un radiólogo consultor y otros servicios similares. Debe completar este formulario cada 12 meses o si cambia su situación financiera.

INFORMACIÓN DEL GARANTE / PACIENTE	<i>NOMBRE</i>	<i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	<i>TELÉFONO DE CASA</i>
	<i>DIRECCIÓN</i>		<i>CONDADO</i>
INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE	<i>NOMBRE</i>	<i>FECHA DE NACIMIENTO</i>	<i>TELÉFONO DE CASA</i>
	<i>DIRECCIÓN</i>		<i>CONDADO</i>
OTROS MIEMBROS DEL HOGAR	<i>NOMBRE</i>	<i>RELACIÓN CON EL PACIENTE</i>	<i>EDAD</i>
INGRESOS			
<i>Salario bruto</i>		<i>Ingresos por seguridad social/pensión/discapacidad</i>	
<i>Salario bruto del cónyuge</i>		<i>Ingresos por trabajo independiente</i>	
<i>Dividendos e intereses</i>		<i>Beneficios de desempleo</i>	
<i>Ingresos por alquiler</i>		<i>Otro, especifique</i>	
<i>Manutención de niños/pensión alimenticia</i>			
INGRESOS MENSUALES TOTALES			

Entiendo que al completar esta solicitud, solicito que Granville Health System me brinde asistencia financiera. Además, certifico que toda la información que he proporcionado es precisa y que el hecho de no proporcionar información precisa y veraz puede resultar en la denegación de mi solicitud.

NOMBRE DEL GARANTE/PACIENTE	FIRMA	FECHA
------------------------------------	--------------	--------------

Solo para uso del consultorio

Nombre del paciente: _____

Descuento aprobado: _____

Aprobado por: _____

Fecha de aprobación: _____

Lista de verificación	Sí	No
Identificación/Dirección: Licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación de empleo u otro		
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, los tres últimos recibos de sueldo u otro		

También se puede usar la autodeclaración de ingresos.