**A New Tomorrow**

**Behavioral Health Services**

**SOLICITUD DE ESCALA MÓVIL DE TARIFAS**

**26 Wesmark Ct., Sumter, S.C. 29150**

**Phone: (803) 883-4981 Fax: (803) 883-5492**

**Tara L. Corbett MS, LPC, LPC-S And Associates**

**Quanetta S. Jefferson MA, LPC, NBCC**

**Sara Anderson MS, LPC**

En A NEW TOMORROW, hacemos que sea una política proporcionar servicios esenciales de salud conductual independientemente de la capacidad de pago del cliente. Ofrecemos descuentos basados en los ingresos y el tamaño de la familia.

Complete el siguiente formulario y devuélvalo a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. Debe completar este formulario cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

**NOMBRE:**

**DIRECCIÓN:**

**TELÉFONO:**

**Enumere a todos los miembros del hogar, incluidos los menores de 18 años.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **NOMBRE** | **FECHA DE NACIMIENTO** |
| **PROPIO** |  |  |
| **OTRO** |  |  |
| **OTRO** |  |  |
| **OTRO** |  |  |
| **OTRO** |  |  |

**YO he proporcionado las siguientes fuentes de verificación de ingresos con la solicitud (seleccione una)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **FUENTE DE INGRESOS** | **POSEER** | **OTRO** | **TOTAL** |
| **Los dos últimos talones de cheque de pago para cada adulto que trabaja en el hogar.** |  |  |  |
| **Carta de prestación por desempleo.** |  |  |  |
| **Carta de beneficios del Seguro Social que muestra su pago mensual.** |  |  |  |
| **Últimas declaraciones de impuestos federales (año en curso), declaraciones de impuestos trimestrales si trabaja por cuenta propia.** |  |  |  |
| **Verificación de los beneficios del seguro de compensación para trabajadores** |  |  |  |
| **Pago realizado desde fideicomisos o verificación de patrimonio** |  |  |  |
| **Documentación de manutención infantil (documentos de divorcio, carta de los servicios de recuperación)** |  |  |  |
| **Copia de las prestaciones de pensión/jubilación** |  |  |  |
| **Documentación de apoyo estatal** |  |  |  |
| **Declaración 1040 o W2 debido a la pérdida de empleo** |  |  |  |
| **NO HE PRESENTADO NINGUNA FUENTE DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS Y ENTIENDO QUE TENGO (5) CINCO DÍAS HÁBILES PARA TRAER LA VERIFICACIÓN DE INGRESOS O SE ME FACTURARÁ EL COSTO TOTAL DE LOS SERVICIOS PRESTADOS.** |  |  |  |

Entiendo que si califico para el Plan de Descuento de Tarifa Móvil, se puede cobrar una tarifa de oficina por cada visita dependiendo del servicio prestado. Entiendo que debo solicitar el Plan de descuento de tarifa móvil cada 12 meses. Entiendo que debo enumerar a todos los miembros de la familia y asalariados de mi familia y proporcionar verificación de ingresos para ser elegible para el Plan de descuento de tarifa móvil. Le doy permiso al personal de A New Tomorrow BHS para que se comunique con mi empleador o cualquier otra fuente apropiada para verificar. Autorizo a A New Tomorrow BHS a facturar a mi compañía de seguros por los servicios prestados por nuestros proveedores. También autorizo a A New Tomorrow a divulgar todo o parte de mi registro / paciente a cualquier persona u organización. Permito que se use una copia de esta autorización en lugar del formulario original de divulgación de información y solicito que el pago de los beneficios del seguro médico se pague a A New Tomorrow BHS.

**Estoy de acuerdo en pagar todos los cargos no pagados por mi compañía de seguros. Si mi cuenta se envía a una agencia de cobranza, acepto pagar todos los honorarios razonables de cobranza y abogados**.

Entiendo que si alguna de esta información ha sido falsificada para recibir servicios fraudulentamente mi participación será revocada, y seré responsable del 100% de los cargos inusuales y habituales de A New Tomorrow BHS. Notificaré a A New Tomorrow BHS de cualquier cambio en mi estado de salud o cualquiera de la información anterior.

**Certifico que la información mostrada arriba es correcta:**

## NOMBRE (Imprimir):

**FECHA:**

## FIRMA:

**SOLO USO DE OFFICE**

# **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, tres (3) talones de pago más recientes u otros** |  |  |