



Solicitud para el programa de descuentos con tarifa variable
Animamos a los pacientes a que presenten su solicitud, incluso si tienen seguro.

MRN: _____
 Solo para uso interno

Nombre Completo: _____ Fecha: _____ Número de miembros de la familia en la casa: _____

SE REQUIEREN INGRESOS DEL HOGAR

- Ingresos del hogar \$ _____ Quincenal Mensual Anual **O MARQUE ABAJO:**
- Menos de \$15,960 \$25,000 - \$29,999 \$40,000 - \$44,999 \$55,000 - \$59,999 \$70,000 - \$74,999
- \$14,501 - \$19,999 \$30,000 - \$34,999 \$45,000 - \$49,999 \$60,000 - \$64,999 Más de \$75,000
- \$20,000 - \$24,999 \$35,000 - \$39,999 \$50,000 - \$54,999 \$65,000 - \$69,999 Prefiere no revelar

PARA RECHAZAR EL DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE, FIRME A CONTINUACIÓN

No deseo solicitar el programa de descuento de tarifa variable en este momento.

Firma: _____ Fecha: _____

PARA SOLICITAR EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFAS VARIABLES

Adjunte copias de su formulario 1040 del IRS más reciente, la carta de concesión de prestaciones de la Seguridad Social, las nóminas de los últimos 30 días y/o cualquier prueba de ingresos. **LOS INGRESOS PUEDEN INCLUIR:** ingresos imponibles obtenidos, ingresos netos imponibles por trabajo por cuenta propia, ingresos de la Seguridad Social, pensión alimenticia/manutención conyugal, subsidio por desempleo, ingresos imponibles (pensiones, jubilación, rentas vitalicias, intereses, herencias/fideicomisos, etc.). **Enumere a TODOS los dependientes (incluyéndolo a usted) que reclamaría en su declaración de impuestos, sus edades y sus ingresos.**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	FUENTE DE INGRESOS	INGRESOS BRUTOS	QUINCENAL, MENSUAL O ANUALMENTE

Indique los demás miembros de la familia en el reverso de esta solicitud.

- Debo presentar una prueba de ingresos en un plazo de 30 días a partir de la firma de este formulario para determinar la elegibilidad.
- Confirmando que la información que facilito es veraz y correcta. Noble podrá verificar esta información.
- Notificaré a Noble en un plazo de 10 días si cambian mis ingresos, el tamaño de mi hogar u otra información. Si no comunico los cambios, tendré que pagar el coste total de mi atención.
- Si mis ingresos y el tamaño de mi hogar no cambian, mi descuento puede tener una vigencia de hasta un año. Debo volver a presentar la solicitud cada año para comprobar si sigo reuniendo los requisitos. Los descuentos se basan en las Directrices Federales de Pobreza, que cambian cada año.
- El pago debe realizarse en el momento de mi visita.
- Las tarifas por servicios dentales especiales deben pagarse en su totalidad antes de que pueda comenzar el tratamiento dental.
- Si me derivan a otro proveedor o dentista, soy responsable del coste de esa visita.
- Algunos análisis de laboratorio los factura otra empresa (Labcorp), y yo soy responsable de pagar esas facturas.
- Si no puedo pagar, hablaré con el personal de Noble lo antes posible.

Firma del paciente (o del padre/tutor/representante legal) **Fecha**

Solo para uso interno: Nivel de solicitud A B C D E Condado _____

Ingresos familiares \$ _____ Documentación justificativa (o se requiere el formulario de autodeclaración).

Aprobado por: Nombre del personal de Noble _____ Fecha _____