** FORMULARIO DE EVALUACION FINANCIERA**

**NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_\_\_ \_SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: Código Postal: No. de Licencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONDADO DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELEFONO DEL TRABAJO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ NOMBRE DEL SUPERVISOR: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**NOMBRE DEL ESPOSO (A):**  \_\_\_\_\_ \_ Estado Civil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

**\*NUMERO TOTAL DE PERSONAS QUE VIVEN EN EL HOGAR DEL PACIENTE: \_\_\_\_ Tiene Seguro Dental? \_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
| **VERIFICACION DE INGRESOS**    **Los siguientes documentos son requeridos para descuento de los servicios dentales** |

**Información del Paciente (o del Padre del Paciente) Información del Esposo (a) (o del Padre del Paciente)**

Últimos 3 meses de Talones de Cheque Últimos 3meses de Talones de Cheque \_\_\_\_\_\_\_\_

Últimos 3 meses de Estados de Banco Últimos 3 meses de Estados de Cuenta \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verificación de la W-2 Verificación de la W-2 \_\_\_\_\_\_\_\_

Copia de la devolución de Impuestos Copia de la devolución de Impuestos \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prueba de Beneficios de Seguro Social Prueba de Beneficios de Seguro Social \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prueba de Deseabilidad Prueba de Deseabilidad \_\_\_\_\_\_\_\_

Prueba de Asistencia del Gobierno Prueba de Asistencia del Gobierno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CARTA DEL DESEMPLEO CARTA DEL DESEMPLEO \_\_\_\_\_\_\_\_

Identificación con foto \_\_\_ Factura de Utilidad \_\_\_ Identificación con foto Factura de Utilidad \_\_\_\_

OTROS SALARIOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ OTROS SALARIOS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(manutención de niño (a) o pensión alimenticia) (manutención de niño (a) o pensión alimenticia)\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **MIEMBRO DEL HOGAR**  **NOMBRE** | **RELACION** | Edad | Empleador | Ingresos (circule uno) |
|  |  |  |  | Semanal/Mensual/Anual |
|  |  |  |  | Semanal/Mensual/Annual |
|  |  |  |  | Semanal/Mensual/Annual |
|  |  |  |  | Semanal/Mensual/Annual |
|  |  |  |  | Semanal/Mensual/Anual |
|  |  |  |  | Semanal/Mensual/Anual |

**Yo certifico que el tamaño de mi hogar y la información de ingresos que proveí en la parte de arriba son correctos. Yo entiendo que los cargos son calculados usando la escala de tarifa diferencial la cual genera mi responsabilidad financiera basada en mis ingresos anuales y el tamaño de mi familia.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del Paciente o Tutor Fecha**

|  |
| --- |
| **Para uso de Oficina**  **Otros Ingresos/ Other Income: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INGRESOS DE LA FAMILIA/ Family Income Total: \_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Ingresos Totales de la Familia:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Fecha de la Selección Financiera: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Notificación del Paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Iniciales del aleccionado:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**** 3208 U.S. Highway 41 N., Byron, Ga. 31008 Telephone: (478) 957-7770 Fax: (478) 953-7771

**Nombre del Paciente**: Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Mes/Día/Año

Al firmar abajo, Yo confirmo mi entendimiento que:

1. **IDENTIFICACION:** Debo proveer actual/valida identificación decretada por el gobierno i.e.: licencia, identificación del estado, o pasaporte.
2. **ESCALA DE TARIFA DIFERENCIAL:** Los cargos son calculados usando una escala de tarifa diferencial que genera mi responsabilidad financiera basada en mis ingresos anuales y en el tamaño de mi familia. En orden para determinar mi responsabilidad financiera, debo proveer pruebas verifícales y aceptables de los ingresos en mi hogar. Si yo no proveo pruebas aceptables de mis ingresos, automáticamente se me negaran los servicios en esta clínica.
3. **Prueba de Ingresos del Hogar:** Yo, debo proveer toda la documentación que apliqué para probar los ingresos de mi hogar. i.e.: Todas las formas llenas de los recientes años de los ingresos de taxes, los últimos tres y consecutivos talones de cheques, de todas las personas que se encuentran empleadas en el hogar, y/o una carta reciente del gobierno demostrando la cantidad de beneficios actuales. Yo, traeré prueba de mis ingresos cada seis meses a partir de la primera vez de mi visita para mantener la elegibilidad de mis servicios.

a. **Reconsideración de prueba de Ingresos del Hogar:** Mi responsabilidad financiera será reconsiderada por lo menos cada seis meses en la cual yo necesitare proveer una prueba actualizada de los ingresos de mi hogar para re-determinar mi responsabilidad financiera. Cuando me pregunten qué tengo que proveer una prueba actualizada de los ingresos de mi hogar y yo no la puedo proveer, yo entiendo que ya no podrá ser elegible para recibir servicios en esta clínica dental.

**4) CENTROS DE REHABILITACION Y REFUGIO:** Si yo actualmente resido en un centro de rehabilitación o de refugio, tendré que proveer una carta (con fecha del día de servicio) con encabezamiento, para cada cita, confirmando mi residencia y estado de

empleo. Yo entiendo que si no proveo la carta con fecha yo no calificare para los servicios.

1. **PAGO:**  Yo acepto que Rehoboth Life Care Ministries, Inc. requiere pagos basados en la escala de tarifa diferencial de

los ingresos de mi hogar y debo pagar antes de recibir los servicios dentales. Este pago será aplicado a la visita de la oficina. Mi cita será reprogramada si un pago no es recibido a la hora de la cita. Los cobros van a variar dependiendo en los ingresos del hogar.

1. **CANCELACION DE CITA-** Yo entiendo que Rehoboth Life Care Ministries, Inc. requiere

una notificación de 24 horas para cualquier cita cancelada. Sí, yo fallo a proveer esa notificación, yo estoy de acuerdo en pagar $25.00 por no asistir a la cita ($50.00 si es una cita con uno de nuestros doctores con especialidad o si es un nuevo paciente) en consideración por haber faltado. Adicionalmente, si la cita está programada menos de 24 horas de la misma cita, yo entiendo que tengo que pagar por no haber asistido a la cita en caso que yo cancele o no asista a la cita.

**a**. **NO ASISTIR A LA CITA:** Yo entiendo que tres (3) no

asistencias a las citas en un periodo de doce (12) meses me

suspenderá del programa por un (1) año.

**b. PACIENTE NUEVO** No asistencia a la cita: Yo entiendo que si cancelo o falto a una cita como nuevo paciente,

puedo reprogramarla una vez; si cancelo o no voy la segunda vez como nuevo paciente, seré suspendido del

programa por un (1) año.

1. **LLEGAR TARDE:** Rehoboth Life Care Ministries, Inc. permite un periodo de 15 minutos

para llegar tarde a la citas. Si yo llego mas de quince (15) minutos tarde, mi cita será reprogramada y será considerada como no asistencia.

1. **PRACTICAS DE PRIVACIDAD:** Yo puedo revisar las prácticas de privacidad de Rehoboth Life Care Ministries, Inc. en cualquier momento.
2. **PERMISO PARA TRATAR:** Yo le doy a Rehoboth Life Care Ministries, Inc. y su autorización profesional voluntaria para tratar al paciente nombrado.

**Yo he leído, entiendo y estoy de acuerdo con estos términos.**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

****

**Programa Dental**

**Applicante / Paciente**

**Circula todo que se aplique a su situación**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Hice** o **NO Hice** (llene) los Impuestos del año Pasado

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Tengo** o **No Tengo una cuenta de Banco**: cheque y ahorro

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tengo** o **No Tengo seguro dental**

**Firma:**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Esposo(a) / Otro que vive en so hogar**

**Circula todo que se aplique a su situación**

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Hice** o **NO Hice** (llene) los Impuestos el año Pasado

I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Tengo** o **No Tengo una cuenta de Banco**: cheque y ahorro checking/savings.

**Signature:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Otra Información**

Yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ vivo con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ y ellos/ ella

Me ayuda con mis gastos.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del ayudante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Modelo y Marca de su automóvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Año\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_