



APLICACIÓN DE ESCALA DE TARIFA DE ACUERDO A LOS INGRESOS

LK Health
901 W. Whittier Blvd.
Montebello, CA 90640
(323) 728-8588
www.lkmed.org

Instrucciones a los Padres ó Paciente:

- Para poder atender a toda la población de pacientes de LK Health, ofrecemos descuentos en los servicios médicos a través de nuestro programa de tarifa a pacientes que cumplan con los requisitos de acuerdo a los ingresos y tamaño del hogar.

No hay ningún costo para completar la aplicación. El costo de su visita se determinará por su ingreso y tamaño de su familia. La información es confidencial. Este es un programa voluntario y usted tiene el derecho a rehusar.

¿Cuántas personas hay en su familia? _____

¿Qué cantidad de dinero recibe su familia antes de descontar los impuestos? \$ _____ o \$ _____
Mensualmente Anualmente

Información del paciente

¿Tiene el paciente una tarjeta de beneficios del estado de California (BIC) ó tarjeta de Medi-Cal? Sí No

Si respondió que si, ¿cual es el número de la tarjeta BIC (si está disponible)? _____

Nombre del paciente - Apellido		Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer		Número de seguro social del paciente (SSN) <i>(opcional)</i>	

Si se trata de una persona sin hogar, marque aquí. Escriba la ubicación general en la sección de "Domicilio" y llene la sección de "Dirección postal".

Domicilio	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	-----------------------	--------	--------	---------------

Condado de residencia

Dirección postal (si es diferente al domicilio)	Número de apartamento	Ciudad	Estado	Código postal
---	-----------------------	--------	--------	---------------

Para los pacientes menores de 18 años de edad, por favor complete esta sección.

Fecha de nacimiento de la madre (mes/día/año)	Número de la tarjeta BIC o de la tarjeta de Medi-Cal o el número de seguro social de la madre
---	---

Información del padre/tutor legal

Nombre del padre/tutor legal o paciente menor de edad emancipado - Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre
---	---------------	----------------------------

Número de teléfono de casa ()	Número de teléfono del trabajo ()	Número de teléfono para mensajes ()
-----------------------------------	---------------------------------------	---

¿Qué idioma habla en casa?	¿Qué idioma lee mejor?
----------------------------	------------------------

Certificación

Estoy solicitando hoy un examen de salud. Certifico que he leído y entiendo la información en este formulario. Declaro que la información que he proporcionado es verdadera, correcta y completa.

Firma del paciente, padre/tutor o menor de edad emancipado	Relación con el paciente	Fecha
--	--------------------------	-------

Las personas tienen el derecho de revisar los registros que contienen su información personal. La institución oficial responsable de mantener la información es la clínica LK Health.

PROVIDER USE ONLY Eligibility Checklist

Supporting documentation on file establishes that recipient:

Showed proof of income for last 30 days, for ALL PERSONS IN THE HOME from any source (paycheck stub, tax return, etc.)

Showed proof of County Residency

Showed Valid Identification Card (CA Driver's License, Social Security Card etc.)

Patient did not have supporting documentation today.

Patient did not qualify for the SFS Program

Patient declined to be assessed for SFS eligibility