



NORTHWEST NEUROBEHAVIORAL HEALTH, LLC

APLICACIÓN DE LA POLÍTICA DE TARIFAS DE DESCUENTO

Es la política de Northwest Neurobehavioral Health, LLC (NNH) proporcionar servicios esenciales de salud mental independientemente de la incapacidad del cliente para pagar. Los descuentos se ofrecen según el ingreso y el tamaño del hogar. Un cronograma de tarifas variable se usa para calcular el descuento básico y se actualiza cada año usando las pautas federales de pobreza. Una vez aprobado, el descuento será honrado por cuatro (4) meses, luego de lo cual el cliente deberá volver a presentar la solicitud.

Complete la siguiente información y regrese a 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 de salud mental que se reciban en esta clínica, pero no a los servicios para los cuales puede ser derivado. Por favor notifiquenos inmediatamente si su situación financiera cambia. El pago por los servicios con descuento se espera al momento del servicio.

Número de personas relacionadas que viven en su hogar: _____

Ingreso total del hogar: complete una columna

MIEMBRO DEL HOGAR	INGRESO DEL HOGAR ANUAL	INGRESO DEL HOGAR MENSUALMENTE	INGRESO DEL HOGAR BI - SEMANALMENTE
Usted Mismo			
Esposa			
NIÑOS DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS			
TOTAL			

NOTA: Incluir ingresos de todas las fuentes incluye salarios brutos, propinas, seguridad social, discapacidad, seguridad suplementaria, beneficios de sobrevivientes, ingresos de jubilación, intereses, dividendos, rentas, ingresos de propiedades, fideicomisarios, asistencia educativa, pensiones, rentas vitalicias, pagos de veteranos, negocio neto o trabajo por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención de niños, militar, desempleo y compensación a los trabajadores (no se aplican los subsidios de vivienda ni los cupones de alimentos)

Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos anteriores son correctos. Antes de que se apruebe un descuento, se requerirán copias de las declaraciones de impuestos, recibos de sueldo y otra información que verifique los ingresos. Si no está ganando un ingreso, proporcione una breve declaración que explique cómo se cubren los gastos de subsistencia.

Nombre de la parte responsable (imprimir)

Firma

Fecha

Nombre del cliente si es diferente al anterior (imprimir)

Nombre del Paciente: _____ **Discounts** _____ **Approvado por:** _____

Fechas efectivas: _____ **Servicio:** _____

Proveedor _____ **Aceptado** _____ **Negado** _____ **Referido a:** _____

2463 East Gala St. Suite 100, 83642 Phone: (208) 955 – 7333 Fax: (208) 955 - 7330