

Primary Care Health Services, Inc.  
**Aplicación del honorario que resbala**

**I. Díganos sobre usted mismo**

Su nombre conocido \_\_\_\_\_

Su dirección, incluyendo ciudad y código postal \_\_\_\_\_

El número de teléfono \_\_\_\_\_

Su fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Su número de Seguro Social \_\_\_\_\_

¿Usted tiene seguro de salud?                      **Sí**                      **No**

**¿Si respondió sí, cuál es el nombre de su compañía de seguros?** \_\_\_\_\_

¿Cual es el número de la política? \_\_\_\_\_

¿Usted ha solicitado ayuda médica por la oficina des Asistencia del condado de Allegheny?

**Sí**                      **No**

**Si respondió sí, por favor marca qué programa:**

**ACCESS**      **BEST**                      **GATEWAY**                      **MEDPLUS**

**Si escribe no, explica por que:** \_\_\_\_\_

Si usted quisiera solicitar ayuda médica, podría llamar (412) 244-4985 para hacer una cita o podría llamar la oficina local de la asistencia del condado.

**II. Díganos sobre su familia**

Por favor, haga una lista de las personas que viven con usted. Comience con usted mismo:

Nombre completo      Fecha de nacimiento      Número de Seguro Social


**III. Díganos sobre su finanzas**

¿Cómo su familia paga para sus cuentos?

✓ **Todos los ingresos** que su familia recibe antes de los impuestos y las deducciones fiscales para los últimos 30 días.

✓ Por favor incluya copias para probar su ingreso.

Tipo de ingreso	Monto del ingreso	¿Que se incluya para verificar esto?
Empleo	\$	
Trabajo por su cuenta	\$	
Ingreso de Seguro Social	\$	
Retiro del ferrocarril	\$	
Beneficios por desempleo	\$	
Compensación del seguro laboral	\$	
Ventajas de huelga de fondos de la unión	\$	
Beneficios de Veteranos	\$	
Asistencia pública	\$	
Programa del ayudo del efectivo	\$	
Estampillas del alimento	\$	
Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)	\$	
Entrenamiento Estipendio	\$	
Alimentos	\$	
Apoyo para niños	\$	
Asignación Militar de la familia	\$	
Familia o amigo(s)	\$	
Pensión privada	\$	
Pensión del gobierno	\$	
Pagos de la anualidad	\$	
Pagos regulares del seguros	\$	
Ingreso de dividendos/intereses	\$	
Alquileres, derechos, estados	\$	

**Mi familia gana \$ \_\_\_\_\_ antes de los impuestos cada**  
*Marca uno:*    AÑO            MES            SEMANA

**IV. Veracidad de declaración**

Los hechos en esta aplicación son verdades y completos al mejor de mi conocimiento. Entiendo y acepto que las respuestas incompletas o falsas serán suficiente razón para rechazar mi aplicación, y si ocurre esti seré responsable para 100% del cuento médico o dental en Primary Care Health Services, Inc.

\_\_\_\_\_  
 Atestigo & fecha

\_\_\_\_\_  
 Su firma & fecha

## **V. Descripción del honorario que resbala**

Las reglas de ingreso cambian cada año. Si sus ingresos cambian durante el año por favor hace otra aplicación. Cada año tienes que hacer otra aplicación aunque su ingreso no cambia durante el año o su costo será 100%.

- ✓ *Las costas por visita médica varía en el tipo de visita.*
- ✓ *La costa total para una breve visita es \$115.00, una visita intermedia es \$120.00, y una visita comprensiva es \$125.00.*
- ✓ *Si tiene Medicaid, Medicare, seguro privado y/o Blue Cross/Blue Shield la costa total será mandado a ellos.*
- ✓ *Si paga del uno mismo usted recibirá una cuenta ajustado apropiadamente.*
- ✓ *Servicios de la farmacia no se incluyendo en este programa.*
- ✓ *La gama nominal en el honorario que resbala no se aplica a servicios dentales.*
- ✓ *Comprobaciones del conductor y los exámenes premaritales se fijan en \$27.00.*
- ✓ *Una prueba del embarazo de la orina se fija en \$20.00.*
- ✓ *Análisis de laboratorio que son hechos en el centro están conforme al honorario que resbala. Cargarán un porcentaje del coste real.*
- ✓ *Si se envía una análisis de laboratorio a otro laboratorio afuera del centro recibirá una cuenta de ese laboratorio.*
- ✓ *Si quiera, puede usar su tarjeta de Master o VISA.*
- ✓ *Animamos los pacientes a pagar en aquello tiempo de cada visita.*

LA FECHA DE REVISAR ESTE APLICACIÓN SERÁ, \_\_\_\_\_.  
11 MESES DE HOY

## **VI. Sumario**

Sr./Sñr. \_\_\_\_\_ gana \$ \_\_\_\_\_ cada  
año/mes/semana, el tamaño de la familia es \_\_\_\_\_, y por eso es responsable para  
\_\_\_\_\_ % del servicios médicos & \_\_\_\_\_ % de los servicios dentales por  
el honorario que resbala en todos los sitios de PCHS.

**Podría ser cambios al cuenta con servicios incluido que recibe treinta (30) días antes de esta aplicación.**

*Fecha ajustada \_\_\_\_\_ Sus iniciales \_\_\_\_\_*

Entiendo la política con respecto a los servicios en el honorario que resbala, que se ha discutido con mí. Estoy de acuerdo a pagar para los servicios al costo establecido. Pagaré el costo prevaecido para el resto de los servicios.

\_\_\_\_\_  
Testigo & fecha

\_\_\_\_\_  
Firma & fecha

## **Algunos recursos de la familia**

Para todos los niños bajo la edad de 18 años el programa del seguro médico para niños (CHIP) puede ser provechoso. Llama (412) 456-1877 para una aplicación & apoyo.

Para la gente sobre la edad de 65, el programa PACE puede ayudar con sus costes de prescripciones. Llama 1-800-222-9004 y se enviará una aplicación.