



A, B, C, or D

Exp.

RCMS – Gualala

RCMS – Point Arena

Point Arena Dental Clinic

Redwood Coast Medical Services - Proyección Financiera del Paciente

Es requerido el pago de los cargos basados en el descuento al momento del servicio médico. No Paciente es negado servicios.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

No. Seguro Social _____

Persona Responsable: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección Postal _____

Dirección Residencial: _____

Teléfono Casa: _____ Tel. Trabajo: _____ Tel. Móvil: _____

Favor enumerar a los miembros de su familia – cónyuge e hijos menores de 18 años – con los que usted tenga responsabilidad financiera.

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____

Yo/nosotros declaramos que mi/nuestro ingreso bruto mensual es de: \$ _____ # de miembros en su familia _____

Se le pide a prueba de ingresos de su período inicial de elegibilidad de 30 días. Iniciales: _____

Firmando abajo afirmo que soy financieramente responsable por el tratamiento que recibo. También declaro bajo pena de perjurio que las respuestas y documentos providenciados son correctos y verdaderos al mejor de mi entendimiento y creencia. También entiendo que pagos son necesarios al tiempo de recibir los servicios médicos y, si los pagos no se efectúan, el balance no recibido será reportado a una agencia de cobros

Firma del Paciente

Fecha

Firma Empleado/a de RCMS

Fecha

RCMS Staff Only

Sliding Scale Account # _____

Date of discount authorization

Expiration date of authorization

Patient or Family Member has emergency Medi-Cal Or High Share of Cost.

Copia para el Paciente – Documentación de Ingreso

Para ser elegible para el Programa de la Escala de Descuento usted debe proveernos una prueba de documentación de los ingresos de cada persona que vive en su hogar. Puede volver a solicitarla nuevamente.

- Forma W-2
- Impuestos del año pasado
- El talón de cheques más reciente
- Talón del desempleo
- Notificación de sus beneficios de incapacidad
- Carta del Seguro Social o estado de la cuenta bancaria que muestre prueba de depósito directo de su ingreso del Seguro Social
- Si usted es propio empleado, muestre el Horario C de su estado de ingreso o la prueba de los últimos cuatro meses
- Talón de Compensación al Trabajador o comprobante de depósito directo
- Carta personal firmada que indique una declaración de ingresos, como ingresos de huéspedes, trabajos ocasionales o asistencia de organizaciones benéficas, familiares o amigos

Si no puede proporcionar RCMS con una de las formas aprobadas de documentación de ingresos, o si tiene alguna pregunta, por favor llámeme. Estoy aquí disponible para ayudarlo a obtener cuidado de salud:

Yvonne Fuentes
PO Box 629 / 175 Main St.
Point Arena, CA 95468
(707)882-2189 x100 yfuentes@rcms-healthcare.org

Si usted es elegible para asistencia de la Escala el Descuento, su elegibilidad será evaluada cada tres meses. En ese momento, su documentación de ingreso será requerida si usted continúa su elegibilidad.

Gualala Medical Center
46900 Ocean Drive
Gualala, CA 95445
(707) 884-4005

Point Arena Medical Center
30 Mill Street
Point Arena, CA 95468
(707) 882-1704

Point Arena Dental Center
175 Main Street
Point Arena, CA 95468
(707) 882-2189