



**Descuento en la escala de tarifa variable  
Formulario de solicitud**

solicitud: \_\_\_\_\_ Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Cliente nuevo: Sí/No Fecha de

Fecha de nacimiento del cliente: \_\_\_\_\_ Edad del cliente: \_\_\_\_\_ Últimos 4 del SSN del cliente: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge (si está casado): \_\_\_\_\_ Número de identificación del cliente: \_\_\_\_\_

**Si el cliente es un niño v/o discapacitado**

Nombre del cliente núm. 1: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal núm. 1: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente núm. 2: \_\_\_\_\_

Nombre del tutor legal núm. 2: \_\_\_\_\_ (Si es aplicable)

Enumere a todos los que residen en su casa de los que es responsable legal y económicamente:

<u>Nombre</u>	<u>Relación</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Edad</u>

La política de FCC Behavioral Health es proporcionar servicios de atención de salud a un costo asequible para sus clientes. Los ingresos anualizados de los hogares de los clientes deben ser calculados y documentados con el fin de proporcionar servicios de atención médica a una tarifa adecuada, basada en la Escala de Tarifa Variable/Tarifa Nominal de FCC Behavioral Health y según lo dispuesto por las normas que rigen los Centros Comunitarios de Salud Conductual CCBHC. Esta información también puede ayudar a FCC Behavioral Health a ayudar a los clientes con otros programas que ofrecen asistencia financiera. Si usted es el padre o tutor de un menor o un tutor legal de un adulto, proporcione su información financiera. Si está casado, proporcione ambos ingresos.

**Personal de FCC Behavioral Health:** Documente la elegibilidad para el programa de tarifa variable mediante el uso de la hoja de cálculo Excel de la Calculadora de Elegibilidad de Tarifa Variable. Esta solicitud, la calculadora de elegibilidad y las copias de la documentación de ingresos utilizada para la selección deben ser escaneadas en el expediente del cliente.

Doy fe de que la información sobre los ingresos que he proporcionado a FCC Behavioral Health es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Entiendo que si he faltado a la verdad sobre mis ingresos actuales, me haré responsable al 100 % de los cargos de FCC Behavioral Health, y no podré optar al programa de tarifa móvil en futuras visitas. Además, entiendo que mi elegibilidad para el programa de tarifa variable se volverá a determinar al menos anualmente y que debo informar de cualquier cambio en mis ingresos y/o en el tamaño de mi hogar a FCC Behavioral Health.

\_\_\_\_\_  
\*Firma del cliente o tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Testigo de FCC Behavioral Health

\_\_\_\_\_  
Fecha

\*Debe tener los papeles del tutor legal en el expediente del cliente si un tutor legal firma.