



Solicitud de Tarifa Reducida

Gracias por elegir ElevaCare para sus necesidades. Para garantizar que su solicitud se procese con prontitud, complete este formulario. Se requiere prueba de ingresos del hogar. Debe proporcionar los 3 recibos de sueldo más recientes de cualquier miembro del hogar de 18 años o más que trabaje o una declaración de impuestos sobre la renta del año anterior. Si es elegible para una tarifa reducida, le informaremos el pago que deberá en cada cita. LAS TARIFAS REDUCIDAS DEBEN PAGAR EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.

Si tiene alguna pregunta, llame a nuestro Departamento de Facturación al 507-935-2099.

Nombre de cabeza de hogar: _____ Empleado Desempleado

Domicilio: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono: _____

Información del Seguro Médico:

Nombre de la compañía de seguro médico: _____ Deducible: _____

Número de identificación de miembro: _____ Copago: _____

¿Ha aplicado para Medicaid (MA)? Yes No

Máximo desembolso directo del asegurado: _____

Por favor indique todos los miembros del hogar:

Nombre	Fecha de Nacimiento	¿Es cliente de nuestro centro?

Ingreso anual del hogar

Source	Individuo	Cónyuge	Otro	Total
Ingresos Anuales				
Seguro Social				
Pensión Alimenticia, Manutención				
Ingresos por Desempleo				
Ingresos Totales				

Lista de verificación (adjuntar copias):

Por favor, proporcione los 3 talones de pago más recientes de cualquier miembro del hogar de 18 años o más que trabaje o una declaración de impuestos sobre la renta del año anterior.

Breve explicación de por qué solicita una tarifa reducida (intake please help fill out):

Firma y Fecha:

Certifico que la información anterior es correcta y entiendo que es necesaria la verificación para la aprobación de la misma. Se rechazarán las solicitudes incompletas.

Nombre (escribir en letra de molde)

Firma

Fecha