



GPW Health Center *Dedicated to Your Health!*

4379 Ridgewood Center Dr., Suite 102, Woodbridge, VA 22192
9705 Liberia Ave., Suite 201, Manassas, VA 20110
17739 Main St., Suite 130, Dumfries, VA 22026
Phone 703.680.7950 Fax 703.680.7953 www.GPWHealthCenter.org

Autodeclaración de Elegibilidad para el Programa de Descuentos

La autodeclaración está disponible para todos los pacientes independientemente del nivel de ingresos, la cobertura del seguro, la clase de pago con descuento o el tipo de población.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento

Parte 1

Autodeclaración de hogares compartidos pero separados

La autodeclaración de hogares compartidos pero separados es válida por 12 meses o hasta que se renueve la solicitud, lo que ocurra primero.

Yo _____ declaro que, aunque más de una familia viven juntos en el mismo lugar, cada hogar recibe ingresos / medios de sustento separados y no comparte el mismo espacio habitable

Entiendo que proporcionar información falsa ahora, o que luego se descubra que es falsa, es fraude. Lo que significa que todos los descuentos serán revocados y yo pagare inmediatamente por los servicios recibidos sin ningún descuento.

Parte 2

Autodeclaración: la fuente de ingresos es efectivo y no puede proporcionar la documentación requerida

Autodeclaración: la fuente de ingresos es el efectivo y no puede proporcionar la documentación requerida. Esto es válido por 12 meses o hasta que se renueve la solicitud, lo que ocurra primero.

Yo _____ declaro que mi ingreso familiar combinado aproximado, incluidos los beneficios, la asistencia, los ingresos y todos los demás casos no cubiertos, es de \$ _____. Entiendo que proporcionar información falsa ahora, o que luego se descubra que es falsa, es fraude. Lo que significa que todos los descuentos serán revocados y yo pagare inmediatamente por los servicios recibidos sin ningún descuento.

Parte 3

Autodeclaración de ingresos – no se puede proporcionar la documentación requerida el día de la cita

Válido solo por un día y **NO** puede ofrecerse más de una vez en el período de 12 meses en el que la solicitud de tarifa de descuento es válida.

Yo _____ declaro que mi ingreso anual familiar combinado con el tamaño de familia _____ y aproximado, incluidos los beneficios, la asistencia, los ingresos y todos los demás casos no cubiertos, es de \$ _____. Entiendo el Programa de Descuentos y prometo cumplir con este. Al firmar esta sección entiendo que estoy aplicando para el programa de descuento y autorizo al centro para confirmar mi ingreso y tamaño de la familia/hogar. Verifico que toda la información proporcionada para determinar mi elegibilidad es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o posteriormente determinada que era falsa resultará en la renovación de todos los descuentos y el saldo total de las cuentas serán restauradas y pagos serán requeridos inmediatamente.

BASADO DEL GRUPO DE DESCUENTO: 1 2 3 4 NO DESCUENTO

Firma del Paciente (NULO SI ESTÁ EN BLANCO)

Fecha

Effective Date:
Approved Date:
Revision Date: