

HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

123 E. Broadway Street
Johnsonville, SC 29555
843-386-3573 Fax: 877-322-0181

243 Singleton Ridge Road
Conway, SC 29526
843-248-4700 Fax: 877-322-0181

1608 N. Main Street
Conway, SC 29526
843-248-4700 Fax: 877-322-0181

145 Palmetto Pointe Drive
Marion, SC 29571
843-423-2400 Fax: 877-322-0181

SOLICITUD DE DESCUENTO (SLIDING FEE)

Cuenta #: _____

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

ESTADO CIVIL (enciérralo en un círculo) CASADO SOLTERO SEPARADO DIVORCIADO VIUDO

SEGURO SOCIAL #: _____ TELEFONO #: _____

COMO SUPO ACERCA DE NOSOTROS? _____

TRabajador AGRICOLA? Si No TRabajador MIGRANTE? Si No TRABAJA TIEMPO COMPLETO/MEDIO TIEMPO?

NUMERO TELEFONICO DEL TRABAJO #: _____ NOMBRE DE SU EMPLEADOR: _____

DIRECCION DEL TRABAJO: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

	PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA	RELACION	EDAD
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

INGRESO:

Cabeza de familia				Esposa/o				Otro			
Fuente de Ingreso :				Fuente de Ingreso:				Fuente de Ingreso:			
(enciérre en un círculo con cuanta regularidad)				(enciérre en un círculo con cuanta regularidad)				(enciérre en un círculo con cuanta regularidad)			
Semanal	Quincenal	Mensual	Bimensual	Semanal	Quincenal	Mensual	Bimensual	Semanal	Quincenal	Mensual	Bimensual
Ingresos		\$		Ingresos		\$		Ingresos		\$	
Seguro Social		\$		Seguro Social		\$		Seguro Social		\$	
Discapacidad		\$		Discapacidad		\$		Discapacidad		\$	
Jubilación		\$		Jubilación		\$		Jubilación		\$	
Compensación laboral		\$		Compensación laboral		\$		Compensación laboral		\$	
Desempleo		\$		Desempleo		\$		Desempleo		\$	
Ayuda Economica		\$		Ayuda economica		\$		Ayuda economica		\$	
Total Semanal		\$		Total Semanal		\$		Total Semanal		\$	
Total Mensual		\$		Total Mensual		\$		Total Mensual		\$	
Total Anual		\$		Total Anual		\$		Total Anual		\$	

SF Descuento: _____

CERTIFICO QUE LA ANTERIOR INFORMACION ES CORRECTA, Y POR LA PRESENTE DOY PERMISO A HEALTH CARE PARTNERS OF SC PARA VERIFICARLA. SI HAY UN CAMBIO EN MI ESTADO FINANCIERO NOTIFICARE A LAS RECEPTIONISTAS. ACEPTO TRAER LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA EL DESCUENTO SOLICITADO POR _____. SI NO LO APORTO EN EL TIEMPO REQUERIDO, SERE RESPONSABLE DE PAGAR EL VALOR DE LA TARIFA COMPLETA.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____

FECHA: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE HCPCS: _____

FECHA: _____

SOLICITUD ADICIONAL

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCION: _____
Calle Ciudad Estado Código Postal

ESTADO CIVIL (enciérrelo en un círculo) CASADO SOLTERO SEPARADO DIVORCIADO VIUDO

SEGURO SOCIAL #: _____ TELEFONO #: _____

COMO SUPO ACERCA DE NOSOTROS? _____

Esta el solicitante interesado en aplicar para un seguro medico através de Obamacare (ACA)? SI _____ NO _____

RELACION CON EL TITULAR DE LA CUENTA: _____

INGRESO:

INDIVIDUAL			
Fuente de Ingreso :			
<small>(encierra en un círculo con cuanta regularidad)</small>			
Semanal	Quincenal	Mensual	Bimensual
Ingresos		\$	
Seguridad social		\$	
Discapacidad		\$	
Jubilación		\$	
Compensación laboral		\$	
Desempleo		\$	
Ayuda economica		\$	
Total Semanal		\$	
Total Mensual		\$	
Total Anual		\$	

SF DESCUENTO: _____

CERTIFICO QUE LA ANTERIOR INFORMACION ES CORRECTA, Y POR LA PRESENTE DOY PERMISO A HEALTH CARE PARTNERS OF SC PARA VERIFICARLA. SI HAY UN CAMBIO EN MI ESTADO FINANCIERO NOTIFICARE A LAS RECEPTIONISTAS. ACEPTO TRAER LA DOCUMENTACION NECESARIA PARA EL DESCUENTO SOLICITADO POR _____. SI NO LO APORTO EN EL TIEMPO REQUERIDO, SERE RESPONSABLE DE PAGAR EL VALOR DE LA TARIFA COMPLETA.

FIRMA DEL SOLICITANTE: _____ FECHA: _____

FIRMA DEL REPRESENTANTE DE HCPCS: _____ FECHA: _____