



HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.

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

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

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

145 Palmetto Pointe Rd.
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 (enciérrelo 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 : (enciérre en un círculo con cuanta regularidad)				Fuente de Ingreso: (enciérre en un círculo con cuanta regularidad)				Fuente de Ingreso: (enciérre en un círculo con cuanta regularidad)			
Semanal	Quincenal	Mensual	Anual	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual
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		\$	

*WC – Compensación del Trabajador

SF Descuento: _____ Total Anual: _____ Total EHR: _____

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 HCPSC: _____ 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	Anual
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: _____