



# 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

6874 Hwy 908  
Gresham, SC 29546  
843-352-8772  
Fax: 877-322-0181

1606 B Main St.  
Conway, SC 29526  
843-488-6350  
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

MIEMBROS DE LA FAMILIA (usted y dependientes)		RELACION	EDAD
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

### INGRESO (sólo para uso de oficina):

Cabeza de familia				Esposa/o				Otro			
Fuente de Ingreso :				Fuente de Ingreso:				Fuente de Ingreso:			
(encierre en un círculo con cuanta regularidad)				(encierre en un círculo con cuanta regularidad)				(encierre 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 HCPCSC: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_



# 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

6874 Hwy 908  
Gresham, SC 29546  
843-352-8772  
Fax: 877-322-0181

1606 B Main St.  
Conway, SC 29526  
843-488-6350  
Fax: 877-322-0181

## SOLICITUD ADICIONAL

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? \_\_\_\_\_

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

RELACION CON EL TITULAR DE LA CUENTA: \_\_\_\_\_

### INGRESO (sólo para uso de oficina):

INDIVIDUAL			
Fuente de Ingreso :			
(encierre en un círculo con cuanta regularidad)			
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 EL DIA \_\_\_\_\_. 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 HCPCSC: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_