



HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.



123 E. Broadway St.
Johnsonville, SC 29555
843-248-4700
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
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

6874 Hwy 908
Gresham, SC 29546
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

1606 B Main St.
Conway, SC 29526
843-248-4700
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 HCPSC: _____ FECHA: _____



HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.



123 E. Broadway St.
Johnsonville, SC 29555
843-248-4700
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
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

6874 Hwy 908
Gresham, SC 29546
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

1606 B Main St.
Conway, SC 29526
843-248-4700
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 RECEPCIONISTAS. 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 HCPSC: _____

FECHA: _____



123 E. Broadway St.
Johnsonville, SC 29555
843-248-4700
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
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

6874 Hwy 908
Gresham, SC 29546
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

1606 B Main St.
Conway, SC 29526
843-248-4700
Fax: 877-322-0181

INFORMACION REQUERIDA PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO SLIDING FEE

PRUEBA DE INGRESO FAMILIAR:

Los ingresos se definen como las ganancias brutas (antes de impuestos) de todos los miembros de la familia, de todos los recursos, incluyendo salarios, desempleo, seguridad social, discapacidad, pensión alimenticia, manutención de los hijos, jubilación, intereses, dividendos, trabajadores por su propia cuenta y el soporte económico recibido de otros, como también cualquier otro ingreso obtenido por el que deba pagar impuestos al IRS, registrados en la forma 1040.

El paciente y/o cabeza de familia, debe proveer UNO de los siguientes documentos:

- Los dos (2) últimos talones de pago (inclusive si le pagan cada dos semanas o mensualmente).
 - **Si le pagan en efectivo:**
 - Carta firmada por el empleador que deberá incluir fecha, nombre, dirección y teléfono del lugar de trabajo o del empleador, declarando su ingreso bruto (ingreso sin descuentos), cuantas horas labora por semana y cuanto le pagan por hora laborada.
- La última declaración de impuestos (taxes), forma 1040.
- Carta o declaración de incapacidad o del Seguro Social, expedido en los últimos 12 meses.
- Declaración de Jubilación.
- Certificado de pensión alimentaria o manutención de los hijos.
- Declaración de beneficios de la oficina de desempleo.
- Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF).
- Compensación para trabajadores.
 - No hay ingresos, pero recibe apoyo financiero:
 - Una carta firmada con el nombre, dirección y número de teléfono de la persona que le está apoyando, y la suma o cantidad que usted recibe por servicios prestados a esta persona.
- Otros ingresos como anualidades de alquiler u otras formas de prueba de ingresos.

TAMAÑO DE LA FAMILIA:

Se consideran como miembros de la familia, su persona y sus dependientes. Dependiente se define como aquellos individuos que reciben más del 50% de soporte de la persona que aplica y solamente, miembros inmediatos podrán ser reclamados como dependientes. Familia inmediata, son personas relacionados por nacimiento, matrimonio, adopción, padres o abuelos o guardianes (debe presentar documento legal). Individuos NO relacionados, aunque vivan en la misma casa, serán considerados familias separadas. Los impuestos presentados al IRS, son un ejemplo de ayuda, para identificar los dependientes.

Excepciones para determinar el tamaño de la familia:

En el evento que una persona relacionada (por nacimiento matrimonio o adopción) viva en casa, pero no tiene ingresos, y el único propósito, es prevenir que viva en las calles, estos miembros de la familia no serán agregados como parte de la familia, y no tendrán una responsabilidad financiera compartida. El paciente deberá completar la forma "No Ingresos" y la aplicación del descuento.

¡¡EL DESCUENTO VENCE EN UN AÑO!!

Si tiene cualquier pregunta o inquietud, favor de contactar a:

Tatiana Villamizar * tatiana.villamizar@hcpsc.org

1604A N. Main St., Conway, SC 29526 * LINEA DIRECTA: 843-488-6353