



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

## NORTHEAST HEALTH DISTRICT DECLARACION FINANCIERA

Proporcione la siguiente información de ingresos para permitir que el departamento de salud determine su elegibilidad para tarifas reducidas. (Nota: los ingresos deben incluir todas las fuentes, como salarios, seguro social, pensión alimenticia, pensión alimenticia y otros).

Número de miembros en el hogar: \_\_\_\_\_

Ingreso total del hogar: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Semana  
\_\_\_\_\_ Mes  
\_\_\_\_\_ Año  
\_\_\_\_\_ Dos veces al mes  
\_\_\_\_\_ Cada dos semanas

Fuente de ingresos: \_\_\_\_\_ Anual \_\_\_\_\_ Corriente

Puede optar por no proporcionar ingresos, sin embargo:

\_\_\_\_\_ Confirmo que **no** quiero proporcionar información financiera. Entiendo que debido a que no proporcioné información financiera, no se me considerará para tarifas reducidas.

¿Tiene alguno de los siguientes tipos de cobertura de seguro?

- \_\_\_\_\_ Medicaid que incluye Amerigroup, CareSource, Peach State o Wellcare
- \_\_\_\_\_ Medicare o Medicare Advantage
- \_\_\_\_\_ PeachCare
- \_\_\_\_\_ Seguro privado
- \_\_\_\_\_ Sin seguro

Proporcione la (s) tarjeta (s) de seguro para cualquier cobertura seleccionada anteriormente para que podamos determinar si el departamento de salud está dentro de la red con su plan.

### **Consentimiento y declaración de exactitud de la información proporcionada:**

Doy mi consentimiento para que los servicios sean realizados por el Departamento de Salud. Entiendo que se requiere el pago completo en efectivo o con tarjeta de crédito o débito en el momento en que se prestan los servicios y que soy responsable del 100% de todas las tarifas programadas aplicables de la Junta de Salud a menos que califique para los descuentos ofrecidos por ciertos programas. Entiendo que las tarifas con descuento se basan en mi propio ingreso y / o el ingreso de mi hogar, y mi número de dependientes, que he proporcionado de manera veraz y precisa.

Apellido del cliente: \_\_\_\_\_ Nombre del cliente: \_\_\_\_\_

### **Información del representante del cliente (si está firmando para el cliente):**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre de pila: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Relación con el cliente: \_\_\_\_\_ Carrera: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Firma del cliente / representante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_