



SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

Devolver la(s) solicitud(es) completada(s) y la documentación de ingresos **dentro de los 10 días hábiles** posteriores a una visita a cualquier centro de Complete Health

O envíelo por correo directamente a: 350 Pine St./Rapid City, SD 57701 O envíelo por correo electrónico a patientsupport@chsd.care

Complete Health ofrece descuentos en ciertos servicios, según los ingresos y el tamaño del hogar del paciente. Para calificar para la tarifa variable, debe mostrar comprobante de ingresos de todos los miembros de la familia/personas que viven en su hogar de los que es financieramente responsable. Los ingresos de su hogar se reevaluarán según sea necesario. Debe volver a presentar la solicitud y proporcionar la documentación de ingresos actualizada en ese momento. Para calificar, proporcione (todo lo que corresponda):

- Declaraciones de impuestos federales del año anterior, W-2 o 1099 (personales y/o comerciales si trabaja por cuenta propia) Recibos de pago más recientes que abarquen cuatro semanas
- Tres meses de contabilidad de la empresa si trabaja por cuenta propia
- Ingresos del Seguro Social o de pensión (incluidas las cartas de discapacidad) o estados de cuenta bancarios
- Cartas de beneficios de la Administración/Asuntos de Veteranos
- Cartas de manutención de menores, avisos de SNAP
- Subsidio de desempleo/compensación laboral
- Cartas de adjudicación de cuidado de crianza u otra asistencia pública

Tenga en cuenta que es posible que aún sea responsable del pago de algunos procedimientos, análisis de laboratorio y medicamentos. Si tiene preguntas, comuníquese con el Departamento de Facturación de Complete Health al (605) 721-8939.

Auto-Certificado de Ingresos

Certifico que mi ingreso familiar **bruto anual** es de \$ _____ y que tengo _____ individuals en mi hogar.

Para calificar para este descuento, debe proporcionarnos la documentación de ingresos anterior dentro de los 10 días posteriores a esta visita, que es _____.

No tengo ninguna de las fuentes de ingresos anteriores (dado que no tengo una fuente de ingresos, acepto reunirme con un miembro del personal de Complete Health para revisar cómo estoy proporcionando mis elementos esenciales básicos de la vida/alimentos/refugio)