Asociación Clinica Médica Rosa Clark

SOLICITUD DE RE-INSCRIPCION PARA PACIENTE

***Debe completar solo si desea calificar para la escala móvil de tarifas.

Nombre:_____ Fecha de Nacimiento: _____

SS#: _____

Teléfono #: _____ Alternativo #:_____ Correo electrónico:_____

Dirección:_____ _____

Calle Ciudad Estado Códico Postal

Dirección postal si es diferente a la de arriba:_____

Por favor, marque si alguno de estos se aplica a usted:

Sin Hogar_____ Residente de vivienda pública_____ Inseguridad alimentaria___ Veterano_____

Inseguridad habitacional _____ Tensión Financiera _____

Falta de transporte/acceso al transporte _____

Si tiente seguro por favor anote aquí:_____

*****Por favor proporcione la tarjeta de seguro a la coordinadora de inscripción para que la copie

¿Cuántas personas viven en la dirección anterior? _____

Indique la cantidad de ingreso bruto mensual de cada persona en el hogar:

Usted $_____ Fuente de ingreso:_____

Otros ingresos del hogar $_____ Fuente de ingreso:_____

Otros ingresos del hogar $_____ Fuente de ingreso:_____

Ingreso bruto mensual total $_____

Escala de Tarifas Rosa Clark 2024

	Plan 1	Plan 2	Plan 3	Plan 4
Personas en el Hogar	**A o debajo del 100% FPL o debajo**	**A 101% - 125% FPL**	**A 126% - 150% FPL**	**A 151% - 200% de FPL**
1	0 a $15,650	$15,651 a $19,564	$19,565 a $23,475	$23,476 a $31,300
2	0 a $21,150	$21,151 a $26,439	$26,440 a $31,725	$31,726 a $42,300
3	0 a $26,650	$26,651 a $33,314	$33,315 a $39,975	$39,976 a $53,300
4	0 a $32,150	$32,151 a $40,189	$40,190 a $48,225	$48,226 a $64,300
5	0 a $37,650	$37,651 a $47,064	$47,065 a $56,475	$56,476 a $75,300
6	0 a $43,150	$43,151 a $53,939	$53,940 a $64,725	$64,726 a $86,300
7	0 a $48,650	$48,651 a $60,814	$60,815 a $72,975	$72,976 a $97,300
8	0 a $54,150	$54,151 a $67,689	$67,690 a $81,225	$81,226 a $108,300
For families/households with more than 8 persons, add $5,380 for each additional person.				
There is no discount for household income over 200% of the Federal Poverty Guidelines				
Visita de Oficina	$0.00	$2.00	$5.00	$10.00
Copago de farmacia por RX	$0.00 por RX	$1.00 por RX	$2.00 por RX	$3.00 por RX

Estamos obligados a verificar sus ingresos para proporcionar la escala móvil de tarifas. Podemos usar cualquiera de los siguientes para verificar sus ingresos:

Declaraciones de Impuestos del Año anterior

Últimos 4 talones de pago

Carta de Assistencia de Vivienda Temporal

Carta de elegibilidad de SNAP

Carta de Elegibilidad del Seguro Social

Al firmar abajo, yo certifico:

Que la información anterior es verdadera y exacta y por la presente autorizo tratamiento

_____ _____

Fecha Firma del Paciente/Guardian

_____ _____

Fecha Coordinador de Inscripciones

***Pacientes que necesiten assistencia médica fuera del horario de atención, llamen al 864-882-4664, ext.6

Revised 3/17/2025