



Public Health
Prevent. Promote. Protect.

DECLARACIÓN FINANCIERA Y CONSENTIMIENTO GENERAL PARA SERVICIOS Y/O TRATAMIENTO DE NORTHEAST HEALTH DISTRICT

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, manutención de los hijos, 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:

_____ Confirmando 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
- _____ 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, para brindar atención, es posible que el personal tenga que realizar un examen, pruebas o procedimientos de diagnóstico y administrar medicamentos o tratamientos. Entiendo que tengo derecho a rechazar cualquier examen, medicamento, prueba o tratamiento que se me ofrezca. Entiendo que tendré la oportunidad de hacerle preguntas a mi proveedor de atención médica sobre mi atención y leer cualquier material informativo que se me proporcione. 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: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Relación con el cliente: _____ Raza: _____ Sexo: _____

Firma del cliente / representante: _____ Fecha: _____