



2023

Chart Number _____
(for internal use only)

Lindquist Dental Clinic for Children

ESPECIAL Aplicacion Para Asistencia Financiera

LDCC es una clinica privada sin fines de lucro y trabajamos muy duro para cumplir nuestra mission para proporcionar servicios accesibles, compasivos y efectivos para todos los ninos que viven en el Puget Sound. Una parte muy crucial de nuestra mission es que ofresemos "asistencia Financiera" para ellos sin asegurado. Aunque LDCC "Nungun nino sera rechazado debido a la inhabilidad de pagar" NO SOMOS una clinica gratis.

La determinacion de la capacidad de pago de una familia y la cantidad de asistencia financier que su familia puede calificar se basa en el tamaño de su familia y el ingreso bruto del hogar.(no de cuantos billes tenga).

Basandose en estos factores, su familia puede calificar para recibir asistencia financier y los servicios dentales que se le proporcionan a su hijo/os se pondrian en una escala de cuotas deslizantes con la expectativa de que usted pagara su parte de este acuerdo financier.

Por mucho que nos gustaria no tener que cobrar a nadie por el servicios, con el fin de que podamos seguir proporcionando atencion dental para los ninos necesitados en nuestra comunidad, la familia deben adherirse a su porcentaje de pago por los servicios recibidos.

fecha _____

Nombre de padre/guardian _____

Padre/guardian numero _____ () — () —
Mobile

Jefe del hogar es : ___ hombre ___ mujer Militar?: ___ Activo ___ Retirado ___ Reservado

Estado de Resultados

Por favor proporcione prueba de ingresos para el hogar como talones o declaraciones de pago para todos los ingresos de los padres. Si hay mas de un trabajo, o si mas de un padre/tutor esta trabajando se necesita una prueba de ingresos para todos los ingresos y/o ambos ingresos patentados

Frecuencia	2 x mes	cada 2 semanas	1 x mes	semanal	Otro
Prueba #1					
Prueba #2					
Prueba #3					
Prueba #4					
Prueba #5					
Total					
Multiplicador	24	26	12	52	
Subtotal					

Total Ingreso Annual : _____

Tamaño de familia: _____

Estoy proporcionando la informacion arriba para el proposito de recibir ayuda financier de Lindquist Dental Clinic for Children. Confirm que la informacion anterior es verdadera y representa el hogar complete. Entiendo que la solicitud de asistencia debe ser completada anualmente, incluyendo una nueva prueba de ingresos para continuar recibiendo asistencia financiera . Si hay un cambio en la informacion proporcionada arriba voy a actualizar la aplicacion en el archive con nueva informacion.

Firma: _____ Fecha _____

ESPECIAL Acuerdo de Asistencia Financiera

Este formulario es un acuerdo financier entre yo y Lindquist Dental Clinic for Children (LDCC).

Sección A.

_____ Usted no solicito para ayuda financiera [Continua con la Sección B]

_____ Usted no califico para recibir ayuda financiera [Continua con la Sección B]

_____ Usted Si califico para recibir ayuda financiera

Basandose en el tamaño de su familia y el ingreso bruto del hogar que usted proporciono, usted califica para recibir ayuda financiera. LDCC es capaz de proporcionar servicios dentales para su hijo/hijos:

_____ a 100% descuento de nuestros honorarios por los servicios prestados

_____ a 100% descuento de su porcion del paciente no pagada por su seguro

_____ No hay gastos de bolsillo para servicios cubiertos debido a su cobertura de seguro dental United Concordia y estatus militar

Sección B.

Tienes los siguientes opciones de pago:

Se debe realizar un pago mínimo del 25% del saldo pendiente o del saldo familiar al momento del servicio, O un plan de pago actual y actualizado.

Pagos mensuales recurrentes utilizando su tarjeta de crédito o débito registrada:

Los pagos serán el total dividido por 12 meses, o su saldo dividido igualmente en partes iguales cada mes (no menos de \$40 por mes), lo que sea mayor, hasta que se pague el saldo:

_____ Balance de \$ _____ dividido por 12 months

_____ \$ _____ una cantidad de _____ por mes _____ meses

_____ Pago echo en su totalidad a tiempo en cada service

Al firmar este formulario estoy entrando en un acuerdo financier con LDCC y acepto mi porcion de servicio dental como se indico anteriormente. Este Acuerdo de Asistencia Financiera es válido durante un año calendario a partir de la fecha de firma original del documento que se detalla a continuación.

Firma

Emprime nombre

Fecha

Descargo de Responsabilidad: Este Acuerdo de Asistente Financiero es válido solo hasta que se agoten los fondos de la Subvención de Expansión de Atención para el Asegurados Limitados de HCA. Cuando se agoten los fondos, el paciente deberá completar la Aplicación de Asistencia Financiera estándar de LDCC para calificar para los diferentes niveles de descuentos de Asistencia Financiera según los límites de ingresos definidos por HUD.

Internal LDCC Use

Income verified by: _____ Financial assistance added: _____ Recurring billing est: _____