



BeechWood, Inc.

fosters the well-being of those living with mental health symptoms by collaborating in their pursuit of independence and interdependence, the development of new skills and relationships, and the building of community.

SOLICITUD DE ESCALA DE TARIFAS VARIABLES

Es política de BEECHWOOD, INC brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. BEECHWOOD, INC ofrece descuentos según el tamaño de la familia y el ingreso anual.

Complete la siguiente información y devuélvala a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a aquellos servicios o equipos adquiridos externamente, incluidas pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos, interpretación de rayos X por parte de un radiólogo consultor y otros servicios similares. Debes completar este formulario cada 12 meses o si tu situación financiera cambia.

NOMBRE: _____

DIRECCION: _____

TELEFONO: _____

Enumere todos los miembros del hogar, incluidos los menores de 18 años.

	Name	Date of Birth
YO		
OTRO		
OTRO		
OTRO		



BeechWood, Inc.

fosters the well-being of those living with mental health symptoms by collaborating in their pursuit of independence and interdependence, the development of new skills and relationships, and the building of community.

FUENTE	YO	OTRO	Total
Sueldos brutos (antes de deducciones o descuentos), salarios, propinas, etc			
Ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia			
Compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos para veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos de jubilación.			
Interés; dividendos; regalías; ingresos de propiedades en alquiler, herencias y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención infantil; asistencia externa al hogar; y otros fuentes diversas			
TOTAL INGRESOS			

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta.

NOMBRE (Imprima) _____

FIRMA _____

FECHA _____



BeechWood, Inc.

fosters the well-being of those living with mental health symptoms by collaborating in their pursuit of independence and interdependence, the development of new skills and relationships, and the building of community.

OFFICE USE ONLY

Patient Name: _____

Approved Discount: _____

Approved by: _____

Date Approved: _____

Verification Checklist	Yes	No
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment identification, or other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Self-declaration of income may also be used.