

The Chautauqua Center Inc.

La Póliza de The Chautauqua Center es para proveer Servicios Clínicos esenciales no importando la habilidad de pago del paciente. Aseguramos acceso a servicios de cuidado de salud a familias e individuos a un costo basado en la habilidad de pago de la persona.

El Programa de la Escala de Descuento aplica a todos los pacientes que califiquen como sin seguro y/o poca cobertura, sin importar su seguro, con excepción de Cuando los términos de contrato con el seguro estipulen de otra manera.

Descuentos serán basados en ingreso y tamaño familiar, y no otros factores, para todos los pacientes.

Por Favor Complete la Aplicación adyacente.

Someta prueba de Ingreso e Identificación gubernamental.

Esperamos Pagos en cada y toda visita, a menos que usted Haga Otras acomodaciones con el departamento de Finanzas y sea documentado.

Algunos Contraceptivos de planeo familiar están exentos de la Escala.

Sin prueba de Ingreso su aplicación está incompleta, y usted deberá 100% por los servicios.

Waterfront Pharmacies:

107 Institute St, Jamestown, NY 14701
75 E Third St, Dunkirk, NY 14048
303 Pine St, South Dayton, NY 14138

Main Locations:

75 E Third St, Dunkirk, NY 14048
1134 Central Ave, Dunkirk, NY 14048
107 Institute St, Jamestown, NY 14701
1005 Walnut St, Elmira, NY 14901
1 School St, Gowanda, NY 14070
10988 Bennett State Rd, Forestville, NY 14062

PT/OT & Rehabilitation:

15 S Main Ste 220, Jamestown NY 14701
51 E 3rd St, Dunkirk, NY 14048
99 E Chautauqua St, Mayville, NY 14757



tcchealth.org



The Chautauqua Center Sliding Fee Program Application
For all Services

New App _____
Renewal _____

Nombre del Paciente: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nombre del Asegurador: _____
(Si es diferente)

I.D. *Requisito* Fecha de Nacimiento: _____ SS# _____

Seguro Médico? _____ Aseguranza _____
¿Empleado Temporal? _____ ¿Cuántos meses trabaja al año? _____

Por favor devolver documentos/aplicación al 75 E Third Street, Dunkirk NY 14048 Attn: Billing

La aplicación no será aprobada hasta que pruebe de ingreso, de todos los recursos, sea proveída dentro de 14 días después de la fecha de hoy y revisión.

Si ingreso es cero, debe de colocar un cero por persona.

Miembro(s) de Familia	relación	Fecha de Nacimiento	Ingreso	semanal	mensual	annual	Pt: misc.
	mismo						
	conyugue						
	niño(a)						
	niño(a)						
	otro						

** Si hay miembros adicionales, por favor avise para proveerle formas adicionales.*

Ejemplos de pruebas de ingreso aceptables: Reciente W2s, Declaración de Impuestos del año anterior, Cartas de recursos.

**** Ingreso total mayor del 200% de las recientes escalas Federales de Pobreza no serán elegibles para el Descuento.**

Quando la aplicación sea revisada, será notificado por carta de cualquier descuento.

Si aprobado, será válida por un año del día de su firma. Es requisito que usted le informe

a TCC de cualquier cambio del tamaño de familia y/o ingreso durante este tiempo.

Una aplicación actualizada será requerida.

Por la presente afirmo que la información proveída es cierta y correcta a mi mayor conocimiento y creer. Estoy de acuerdo que cualquier información engañosa o falsa, y/o omitida puede descalificarme de futura consideración para ser elegible al programa de la escala de descuento; y que puedo ser sujeto a penalidades bajo leyes Federales o Estatales. Adicionalmente estoy de acuerdo con informar al The Chautauqua Center si hay algún cambio en mi ingreso o tamaño de familia. Si la aceptación al Programa de la Escala de Descuento es obtenida bajo esta aplicación. Yo cooperare con todas las reglas y regulaciones del The Chautauqua Center. Certifico que he leído y entendido la divulgación anterior. Paagos deben ser hechos cada visita.

(Firma) _____ Fecha _____

(Nombre) _____

REGISTRATION USE ONLY:
07/2022 PT. ACCT NO. _____ DATE REC'D _____ INITIALS _____

The Chautauqua Center Sliding Fee Self-Declaration Form

To Be filled out by The Patient

Para ser llenado por el paciente

Date (Fecha): _____

Patient Name (Nombre del paciente): _____

To Whom It may Concern (A quien corresponda):

I declare that my household monthly income is _____ and/or my family size is _____.

Declaro que mi ingreso en mi hogar mensual es _____ y/o el tamaño de mi familia es _____.

Please use this in determining my Sliding Fee eligibility.

Por favor use esto para determinar mi elegibilidad.

Yours truly (Sinceramente),

Patient Signature (firma del Paciente)