



*"Patient Care Comes First"*

10300 SW 216<sup>TH</sup> STREET  
MIAMI, FLORIDA 33190  
(305)253-5100

## ¡Bienvenido a Community Health of South Florida!

### INFORMACIÓN REQUERIDA PARA ESTABLECER UNA ESCALA DE DESCUENTOS

Nos complace que nos haya elegido como su prestador médico. Cuento con al menos **un ítem** de cada categoría preparado durante su entrevista de inscripción

Documentación requerida para establecer una escala de descuentos en los servicios –

#### **Identificación con foto válida:**

- Licencia de conducir
- Identificación expedida por el Estado
- Pasaporte

Se requiere una copia del certificado de nacimiento; en caso de un recién nacido, se solicitará una huella digital

#### **Constancia de ingresos (debe incluir los ingresos respecto de todas las responsabilidades financieras)**

- Ingresos familiares dentro de los últimos 30 días
  - Ejemplos de ingresos: comprobantes de recibos de nómina, declaración de impuestos anual anterior
  - Carta de indemnización por accidentes de trabajo
  - Carta de determinación de seguro de desempleo
  - Carta de determinación del Seguro Social
  - Carta de verificación de ingresos del empleador con membrete de la compañía, si se le paga en efectivo, o carta del empleado certificada por notario
  - Calendario de trabajo certificado por notario (**usado cuando se le paga en efectivo**)
  - Carta de ayuda de un amigo o familiar certificada por notario

#### **Constancia de domicilio:**

- Dirección de correo postal de los últimos 30 días (boletas de servicios públicos, hipoteca, recibo de renta, estado de cuenta bancaria o comprobante de tarjeta de crédito).
- Contrato de renta
- Carta del propietario certificada por notario
- Si vive con un amigo o familiar, carta certificada por notario que establezca su condición de vivienda

#### **Información del seguro, si aplica (Medicare, Medicaid, Ley de Cuidado de Salud Comercial y/o Asequible)**

- Copia de la/s tarjeta/s del seguro para todas las coberturas activas:

**Se requiere constancia de ingresos y domicilio a todos los pacientes interesados en pagar sus servicios sobre una escala de descuentos. Los pacientes que se nieguen a presentar la documentación requerida, deberán efectuar el pago íntegro de los servicios.**

**Al finalizar la entrevista financiera, los pacientes recibirán una Declaración de Clase Financiera, la cual indicará el descuento asignado y la categoría para la cual aplican.**

**SE RUEGA TENGA EN CUENTA QUE DEBE REALIZAR LOS PAGOS EN EL MOMENTO DEL SERVICIO.**



*"Patient Care Comes First"*

10300 SW 216<sup>TH</sup> STREET  
MIAMI, FLORIDA 33190  
(305)253-5100

Gracias por elegir Community Health of South Florida como su prestador médico, donde «La atención de los pacientes es la prioridad».