



Southern Tier Community Health Center Network • (716) 375-7500 • www.upchealth.net

135 N. Union Street
Olean, NY 14760

132 W. Main Street
Cuba, NY 14727

9864 Luckey Drive
Houghton, NY 14744

445 Broad Street
Salamanca, NY 14779

APLICACIÓN del plan de asistencia financiera (tarifa escala deslizando)

Atención primaria universal ofrece una escala de pago desplazamiento a todos los pacientes. La escala de pago desplazamiento puede reducir el costo de los servicios prestados en la UPC por entre 10-100% y se basa en ingresos y tamaño de la familia. Caso, puede utilizarse la escala de pago además de su seguro de salud para ayudar con sus copagos y deducibles. Para aplicar, por favor, complete esta solicitud incluyendo **todos** solicitó información.

Nombre del paciente (completo):		Empleador:		
Calle	Ciudad	Estado	Zip	Teléfono

Número de personas en la familia: <i>(incluyendo)</i>	Ingresos últimos doce 12 meses:	Ingreso últimos tres 3 meses:
Prueba de ingresos:		
	Formulario de impuestos 1040 del año fiscal anterior	
	W2 de empleador para el año anterior	
	Más recientes talones de pago del empleador actual (4 talones si paga semanal, 2 talones si pagan cada dos semanas)	
	Declaración de beneficios de seguro social para el año en curso	
	Declaración de beneficios de desempleo por el Departamento de trabajo de	
	Otros:	

Certifico que la información anterior es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Además, voy a hacer la solicitud de asistencia (Medicaid, Medicare, seguros, etc.) que puede estar disponible para el pago de mi cargo STCHCN, y tomo medidas razonablemente necesarias para obtener tal asistencia y asignar o pago a STCHCN recuperado para cargos. Si cualquier información que he proporcionado resulta para ser falso, entiendo que STCHCN puede volver a evaluar mi situación financiera y tomar cualquier acción que se convierte en apropiado.

Applicant's Signature: _____ Date of Request _____

****Please send proof of income in with application. Application cannot be processed without the necessary proof of income.**

DO NOT COMPLETE- FOR STCHCN PERSONNEL ONLY

This document was received on: _____ By: _____

Proof of income must be included with application. Return the originals to the patient.

Send all forms to Renee MacPherson or Jen Austin at the Olean office, Jackie Moore at the Cuba or Houghton office, and Jen Austin at the Salamanca office.