EAST TEXAS COMMUNITY HEALTH SERVICES, INC.

Formulario de Declinación al Programa de Descuento

Entiendo que es la política de East Texas Community Health Services, Inc. (ETCHSI) eliminar los ingresos como una barrera para la atención al ofrecer un programa de descuento (SFDS) por sus siglas en ingles. Se me han explicado las pautas de política y elegibilidad; sin embargo, me niego a proporcionar mi información de ingresos y/o la documentación requerida para verificar mi elegibilidad o no califique para SFDS. Entiendo que esto significa que se me cobrará la tarifa completa por todos los servicios prestados; incluidos aquellos que no están cubiertos por mi plan de seguro médico, si corresponde. Comprendo esta negación y que la elegibilidad de mi hogar debe actualizarse anualmente.

_____ _____
Nombre del Paciente Fecha de Nacimiento

_____ _____
Nombre de la persona responsable Fecha de Nacimiento

_____ _____
Firma de la persona responsable Fecha

Número de personas en el hogar_____ Ingresos Anuales_____

INTERNAL USE ONLY

_____ _____ _____
Patient Account Number Reviewed by Date

Patient declined SFDS _____ Patient did not qualify for SFDS _____

11/6/26