

Descuento de tarifa variable Solicitud

Es política de ComWell proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago de las personas. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales.

Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o un miembro de su familia es elegible para un descuento.

El descuento se aplicará a tratamientos de asesoramiento, psiquiátricos y por abuso de sustancias.

**Los servicios no incluidos en el descuento son medicamentos, pruebas de drogas, recepción de registros médicos y otros servicios similares.*

ComWell promete

-  Servir a todas las personas independientemente de su capacidad de pago o ubicación geográfica.
-  Ofrezca tarifas con descuento para las personas que califiquen.
-  No negar servicios en base a un individuo:
 - Edad
 - Sexo
 - Carrera
 - Color
 - Creencia religiosa
 - Origen étnico o nacional
 - Identidad de género
 - Estado civil
 - Discapacidad física, mental u otra discapacidad
 - Orientación sexual
 - Lengua materna
 - Ciudadanía
 - Información genética
 - El embarazo
 - Cualquier otra característica protegida por la ley
-  Acepte Medicare, Medicaid, CHIP y la mayoría de los principales planes de seguro.

Contacta con nosotros

Fax

1.888.388.1971

Red Bud

10257 State Route 3
Red Bud, IL 62278
618.282.6233

Chester

2517 State St
Chester, IL 62233
618.826.4547

Sparta

104 Northtown Dr
Sparta, IL 62286
618.443.3045

Okawville

109 West Elm St
Okawville, IL 62271
618.243.2091

ComWell - Sliding Fee Discount Application

Name of Applicant: _____ Client ID _____ Phone Number: _____

Address: _____

Place of Employment: _____

Relationship to Client: _____

Please list spouse and dependents under age 18:

Self: _____ Date of Birth _____

Spouse: _____ Date of Birth _____

Dependent Name: _____ Date of Birth _____

Dependent Name: _____ Date of Birth _____

Dependent Name: _____ Date of Birth _____

Dependent Name: _____ Date of Birth _____

Annual Household Income: Please provide copies of tax returns, pay stubs or other information verifying income to help us determine eligibility. Determination is not made until documentation is attached.

Source	Self	Spouse	Other	Total
Gross Wages, salaries, tips, etc.				

I certify that the family size and income information shown above is correct:

Signature

Date

Print Name

***Devuelva este formulario con la documentación a su consejero o administrador de casos.

SOLO PARA USO DE LA AGENDA

Note: _____

Approved by: _____
Signature/Título

Print Name: _____

Date of Approval: _____

Entered to EHR? ☐ Yes ☐ No

