Planned Parenthood® of Central Ohio, Inc.
Planned Parenthood® of Southeast Ohio, Inc.
Planned Parenthood® of Northwest Ohio, Inc.

206 East State Street
Columbus, Ohio 43215
614-224-2235 / 800-230-7526

Información sobre Recursos Económicos

(por favor imprima)

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Seguro Social #: _____

Fecha: _____ Si tienes 17 años o menos esta tu padre o tu tutor legal enterado(a) que eres un paciente de Planned Parenthood? ❑ Si ❑ No

Si necesita ayuda para pagar por los servicios, puede ser que cualifique para obtener un descuento en precio basado en su ingreso económico debido a fondos federales recibidos por Planned Parenthood. Para poderle ayudar necesitamos preguntarle acerca del **tamaño de su familia** e **ingresos económicos**. Favor de incluir todas la fuentes de ingreso tal como: Empleo, sueldo, propinas, pensión, manutención de hijos, desempleo, seguro social, incapacidad, etc.

Favor de contestar estas 4 preguntas para saber si cualifica para un descuento en precio (o, pase al número 5 si no necesita ayuda con su pago).

1 SU ingreso económico antes de impuestos ⇨ $_____
❑ a la semana ❑ a la quincena ❑ al mes ❑ al año

2 Ingreso de ALGUIEN MAS antes de impuestos ⇨ $_____
❑ a la semana ❑ a la quincena ❑ al mes ❑ al año
(Ejemplo: Padres, Pareja, Esposo(a), etc. que contribuyan al ingreso económico de su familia)

3 Numero Total de personas viviendo con usted y este ingreso económico (incluyéndose a usted) ⇨ _____

4 ¿Tiene seguro médico? ⇨ ❑ No ❑ Si

Si marco SI, favor de proveer su tarjeta de seguro medico y una identificación con foto a un(a) empleado(a) con sus formas completadas.

5 ❑ **No deseo reportar información sobre mi ingreso económico en esta ocasión.** Entiendo que tengo que pagar el precio complete por los servicios o servicios no cubiertos por mi seguro medico ya que NO soy elegible para recibir descuentos.

Certifico que la información provista es correcta.

Entiendo que soy responsable de pagar cualquier cantidad que no sea cubierta por mi seguro médico.

También entiendo que hay un cargo de $25 por cheques sin fondos.

Firma del Paciente: _____ **Fecha:** _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE /OFFICE USE ONLY

SLIDING SCALE: ❑ 1 ❑ 2 ❑ 3 ❑ 4 ❑ 5 ❑ 6 WEEKLY INCOME: $_____

Verified by: _____ Today's Date: _____

STAFF INITIAL EACH MONTH THAT INFO HAS BEEN VERIFIED

JAN	FEB	MAR	APR	MAY	JUN	JUL	AUG	SEP	OCT	NOV	DEC

A NINGÚN PACIENTE SE LE SERÁ NEGADO EL SERVICIO POR INHABILIDAD DE PAGAR

FINANCIADO PARCIALMENTE POR CONCESIÓN DE TITLE X PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR