

**SOLICITUD PARA APLICACIÓN / EXENCIÓN POR PENURIA DE TARIFA DE
TRANSPORTE DE SME**

Nombre del Paciente: _____

Relación con el Paciente: _____

Fecha(s) de Servicio: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Dirección: _____

Cantidad de Miembros Familiares (Viviendo en la Casa): _____

Empleado: S N Empleador: _____ Trabajador Autónomo: S N

Si está desempleado, indique por cuanto tiempo _____ Retirado: S N

Empleador del cónyuge: _____

Ingreso Mensual Bruto del Hogar: _____

Documentación Adjunta:

- Declaraciones de Retención W-2 o talones de cheques de desempleo de los últimos 90 días.
- Talones de chequeras de los últimos 90 días de todas las personas en el hogar que actualmente están empleados.
- Cualquiera o toda la información pertinente del seguro
- Declaración de Seguridad Social si está disponible.
- Declaración de Impuesto Sobre la Renta (Más reciente; Firmado.)
- Cualquier otra información que desee proveer, que ayudaría en nuestro proceso de toma de decisiones (Ej. Información de quiebra, decreto de divorcio, etc.)

Por favor adjunte una explicación firmada del por qué usted está solicitando una Exención por Penuria.

Yo, solicito tanto como solicitante o la parte que es financieramente responsable por el solicitante, que sea considerada una reducción en el pago que se relaciona con la tarifa de este servicio de transporte de SME. Mediante la firma de este formulario yo afirmo que toda la información contenida en este documento y los adjuntos son verdaderos y certeros. Yo entiendo que yo puedo ser considerado responsable por cualquier declaración falsa perteneciente a esta solicitud de Exención. Por medio de la presente yo estoy de acuerdo en notificar a Medicount Management, Inc. de cualquier cambio en el estado financiero del solicitante o de la parte responsable que pueda afectar la capacidad de pagar la tarifa del transporte de SME.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Para preguntas relacionadas al proceso de exención por penuria o el estado de ésta solicitud, contáctenos al: (513) 612-3389, o vía correo electrónico a: hardship@medicount.com Envíe ésta solicitud y todos los adjuntos a:

Medicount Management, Inc.
10361 Spartan Drive
Cincinnati, OH 45215