



ProHealth & Fitness PT OT Physical/Occupational/APOS

150 West End Avenue #1M New York, New York 10023

180 West End Avenue #1M New York, New York 1002

1041 Third Avenue 2nd Fl. New York, New York 10065

391 East 149th Street #216 Bronx, New York 10455

4915 Broadway #1J New York, New York 10034

T: 212.600. 4781 F: 800.655.3780

www.ProHealthPTOT.com

Fecha: ____/____/____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

Yo/Nosotros, _____, estoy solicitando una revision en mi situacion financiera para ver si califico para una reduction en mis facturas y cuenta medica.

Yo/Nosotros, estamos teniendo dificultad financiera y por lo mismo tanto no podemos pagar deducibles/ co-pagos/ co-seguros. Esto se debe a (selecione lo que applica):

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Fracaso empresarial |
| <input type="checkbox"/> Reducion de Ingresos | <input type="checkbox"/> Reubicacion laboral |
| <input type="checkbox"/> Divorcio | <input type="checkbox"/> Enfermedad |
| <input type="checkbox"/> Separacion | <input type="checkbox"/> Danos a la propiedad |
| <input type="checkbox"/> Cuentas Medica | <input type="checkbox"/> Servicio military |
| <input type="checkbox"/> Deudas | <input type="checkbox"/> Carcel |
| <input type="checkbox"/> Muerte de mi esposa/o | <input type="checkbox"/> Otro (Porfavor especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Muerte de algun familiar | |

Esta dificultad oh situacion empezo aproximadamente este dia ____/____/____.

Yo/Nosotros creemos que mi/nuestra situacion es (circule una) Temporal / Permanente.

Yo/Nosotros, _____, aseguramos que toda la infomacion prevista esta correcta en lo mayor de mi/nuestro conocimiento.

Firma del paciente

Yo, _____, acepto la solicitud del paciente de arriba para (circule uno):
ABSTENERSE REDUCIR todas sus facturas medicas asociadas con todos los servicios recibidos, aparte de los pagos recevidos por el seguro del paciente.

Firma del proveedor/representate del proveedor