



# SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFAS DESLIZANTES

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_  
Ultimo Primero Medio Fecha de nombramiento : \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal

Número de teléfono: (celular) \_\_\_\_\_ (hogar) \_\_\_\_\_

Número de miembros del hogar que viven en la dirección anterior \_\_\_\_\_

Miembros de la familia / hogar: el número de personas que viven en el hogar, que conviven, contribuyen mutuamente a los gastos del hogar y afirman que son una unidad del hogar. Se reconoce que otras personas pueden residir en la residencia común y no ser consideradas como parte de la unidad del hogar.

(Cualquier persona, incluido usted mismo, que viva en el hogar debe enumerarse a continuación) :

	Nombre	Fecha de nacimiento
1.	_____	_____
2.	_____	_____
3.	_____	_____
4.	_____	_____
5.	_____	_____
6.	_____	_____
7.	_____	_____
8.	_____	_____

INGRESOS DEL HOGAR (Indique TODOS los ingresos del hogar para todos los miembros adultos del hogar.):

	Total por 12 meses
Salarios brutos, salarios, propinas	\$ _____
Seguro social	\$ _____
Discapacidad	\$ _____
Granja/Autoempleo Las ganancias netas	\$ _____
Desempleo	\$ _____
Asistencia pública (excluye cupones de alimentos)	\$ _____
Compensación de trabajadores	\$ _____
Pensión alimenticia	\$ _____

Manutención de niños	\$ _____
Militar	\$ _____
Beneficios de VA	\$ _____
Pensiones / Anualidades	\$ _____
Ingresos por dividendos o intereses	\$ _____
Ingresos de alquiler	\$ _____
Total	\$ _____

**SE REQUIERE PRUEBA DE INGRESOS PARA CADA MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR.**

Ejemplos de comprobantes de ingresos aceptables son:

- W-2, 2 comprobante de pagos actual
- Declaración de impuestos actual
- Carta de adjudicación de desempleo, seguro social, discapacidad, indemnización laboral
- Carta de manutención infantil y / o pensión alimenticia
- Información de ingresos de pensión o jubilación
- Carta del empleador estableciendo ingresos
- Carta de la persona / personas que suministran apoyo que muestra la cantidad y la frecuencia del apoyo

¿El paciente tiene actualmente algún seguro médico? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, complete la siguiente información: (médica)

Nombre y dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿El paciente tiene actualmente algún seguro dental? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo, complete la siguiente información: (dental)

Nombre y dirección del seguro: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

Nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Occupation del Paciente : \_\_\_\_\_

Nombre del empleador : \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Si tuvo un cambio en las circunstancias financieras desde su última solicitud , proporcione la documentación de los ingresos actuales o el estado financiero y escriba una nota explicando cómo ha cambiado. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Afirmo que la información anterior es verdadera y correcta.

\_\_\_\_\_

Firma del paciente o tutor

Fecha

\_\_\_\_\_

Relación con el paciente

\_\_\_\_\_ Para uso de la oficina

Este documento fue recibido el \_\_\_\_\_ By \_\_\_\_\_

Tarifa aprobada por tabla \_\_\_\_\_ Vuelva a aplicar antes de \_\_\_\_\_