



SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFAS VARIABLES

Nombre y apellidos del paciente: _____
Apellido(s) Nombre Segundo nombre

Fecha de la Solicitud: _____
Fecha de la cita: _____

Dirección: _____

Ciudad Estado Código postal

No. de Tele.: (celular) _____ (casa) _____

Número de miembros del hogar que viven en la dirección mencionada _____

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 constituyen una unidad doméstica. Se reconoce que otras personas pueden residir en la residencia común y no ser consideradas parte de la unidad doméstica.

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

Nombre y Apellidos

Fecha de Nacimiento

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

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

Total para 12 meses

Salarios, sueldos y propinas brutos	\$
Seguridad Social	\$
Discapacidad	\$
Ingresos netos de la agricultura/autónomos	\$
Desempleo	\$
Asistencia pública (excluidos los cupones de alimentos)	\$
Indemnización laboral	\$
Pensión alimenticia	\$

Manutención infantil	\$
Militar	\$
Beneficios para veteranos	\$
Pensiones/A anualidades	\$
Ingresos por dividendos o intereses	\$
Ingresos por rentas	\$
Total	\$

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

Algunos ejemplos de pruebas de ingresos aceptables son:

- Formulario W-2 o los últimos recibos de sueldo del último mes de empleo
- Declaración de impuestos actual
- Carta de concesión de prestaciones por desempleo, seguridad social, discapacidad o accidente laboral
- Carta de concesión de manutención infantil y/o pensión alimenticia
- Información sobre pensiones o ingresos por jubilación
- Carta del empleador en la que se establezcan los ingresos
- Carta de la persona o personas que proporcionan ayuda, en la que se indique la cantidad y la frecuencia de la ayuda

¿Tiene el paciente algún seguro médico actualmente? Sí _____ No _____

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

Nombre y dirección de la aseguradora: _____

Número de póliza: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

¿Tiene el paciente algún seguro dental actualmente? Sí _____ No _____

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

Nombre y dirección de la aseguradora: _____

Número de póliza: _____

Nombre del titular de la póliza: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Profesión del paciente: _____

Nombre del empleador: _____

Dirección del empleador: _____

Si ha habido algún cambio en su situación financiera desde su última solicitud, proporcione documentación que acredite sus ingresos actuales o su situación financiera y escriba una nota explicando cómo ha cambiado.

Afirmo que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Firma del Paciente o Tutor

Fecha

Relación con el paciente

Solo para uso interno

Este documento se recibió el _____ Por _____

Tarifa aprobada según la tabla _____ Volver a solicitar antes del _____