

Aplicación Financiero de Descuento

Información del paciente			Fecha de hoy: / /	
Primer nombre:	Medio nombre:	Apellido:	Otros nombres:	
Domicilio:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección postal:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de casa #: () -		Teléfono de celular #: () -		
Fecha de Nacimiento: / /		Seguro Social # - -	¿Tiene Seguro? (circule uno) Si No	
Estado Civil:	Soltero/a	En una relación	Casado/a	Divorciado/a
			Separado/a	Viudo/a

Tamaño de hogar		
Nombre	Nacimiento	Número de Seguro Social
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -

NOTA: para cumplir con las regulaciones federales, con el fin de darle un descuento en nuestros servicios médicos, es necesario que hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán en el archivo y en estricta confianza. Debe verificar sus ingresos al menos cada año. Su declaración anual de impuestos sobre renta, una copia de su formulario w-2, los talones de cheques, copias de sus cheques de seguro social o otros cheques que puedan recibir serán suficiente prueba. Sus ingresos anuales y el tamaño de su familia se utilizarán para calcular su descuento.

Ingresos del Hogar					
Nombre	Cantidad	Frecuencia (circule uno)	Empleador:		
Usted	\$	Semanal Mensual Anual			
Pareja	\$	Semanal Mensual Anual			
Niños	\$	Semanal Mensual Anual			
Otro	\$	Semanal Mensual Anual			
	\$	Semanal Mensual Anual			
TOTAL	\$	Semanal Mensual Anual			

Otros ingresos	Usted	Pareja	Niños	Otro	Subtotal
Seguro social					
Pensión de jubilación					
Manutención infantil, alimona					
Ingresos por intereses					
Desempleo					
Alquiler					
Otro					
				TOTAL	\$

Atención: Si la verificación de ingresos no se proporciona el día de solicitud, debe proporcionarla dentro de los 30 días de la solicitud para la tarifa deslizando que se aplicara retroactivamente a su visita. Si no se proporciona la verificación de ingresos dentro de los 30 días, se denegará su solicitud y el costo de la visita será exclusivamente su responsabilidad.

Formulario de aprobación de descuento de tarifa deslizando

Por el presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Estoy de acuerdo en que cualquier información engañosa o falsificada y/u omisiones pueden descalificarme de más consideración para el programa de tarifas deslizando y me someteré a sanciones bajo las leyes federales que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, acepto informar a Angel Harvey si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si la aceptación al programa de tarifas deslizando se obtiene bajo esta solicitud, voy a cumplir con todas las reglas y regulaciones de Angel Harvey. Por la presente reconozco que leo la información anterior y la entiendo.

Fecha: _____ Nombre(Deletrado): _____

Firma: _____

Uso interno solamente

Tarifa de deslizamiento:

Medica: _____ Planificación Familiar: _____ Dental: _____

Comprobante de ingresos proporcionado (circule todos los que apliquen):

1. Ingresos verbales- debe proporcionar una prueba de ingresos dentro de los 30 días.
2. Declaraciones de impuestos más recientes (todas las paginas)
3. Talones de pago actuales (últimas 4 semanas)
4. Carta del empleador en su membrete indicando sus ganancias brutas
5. Carta de desempleo
6. Declaración de ganancias del seguro social
7. Formulario de autoempleo

Fecha efectiva: _____ Fecha de caducidad: _____

Firma del paciente

Firma del personal que hace la determinación de elegibilidad

Fecha de aprobación final: _____ por director/Supervisor _____