

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS POR INGRESOS

porfavor completar todas las areas

Nombre del Paciente: _____ Número de Seguro Social # _____

Dirrección de correo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

_____ Teléfono: _____

Domicilio de Calle: _____

La información sigiente que usted de es confidencial. La información determinara si el paciente es elegible para el programa de descuentos con la escala de bajos cobros y servicios subvencionados.

1.) ¿El paciente tiene seguro médico? _____ Sí _____ No

Si contesto "sí" indique de cual:

- _____ Medi-Cal
- _____ Esta pendiente Medi-Cal aparti de _____
- _____ Esta pendiente Covered CA aparti de _____
- _____ Otro: (favor de espeficar) _____

2.) ¿Cuantas personas hay en la familia? _____

(Una familia se clasifica como un individuo o grupo de individuos de dos o mas personas lazadas por nacimiento, adopcion, matrimonio o pareja que comparte ingresos y tambien gastos.)

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Medi-Cal	Aseguranza	Ingreso

3.) ¿Cuanto dinero gana la familia antes de pagar impuestos? \$ _____ o \$ _____
mensualmente anualmente

Prueba de Ingresos: (requerida) ___ recibo de impuestos ___ talón de cheque ___ Desabilidad/EDD

¿Recibe algunos de los sigientes? Manutención de hijos ___ Beneficios de Social Security ___
 Fondos de Pensiones ___ Ingresos de Propiedad de Renta ___ Beneficios de Worker's Compensation ___

Yo declaro bajo penalidad de ley que la información dada es correcta: Reconozco que proporcionar deliberadamente información falsa o incompleta puede descalificar me para la consideración de descuentos.

 Firma del paciente o persona responsable Nombre en letra de molde Fecha

PARA USO DE OFICINA: Reviewed by: _____ Eligible for level _____, pays _____ POI received _____

POI requested _____ A/C Appointment Date _____

PARA USO DE A/C: Certified by: _____ **Eligible for level _____, pays _____**

Sliding Scale start date: _____ Sliding Scale Good Thru Date: _____

AC assisted with: _____ A/C Signature: _____

