

Solicitud de Tarifas Reducidas

Es necesario que hagamos preguntas personales para poder darle un descuento en sus gastos médicos/dentales. Esta información se mantendrá archivada en nuestra clínica en estricta confidencialidad. Debe verificar sus ingresos al menos una vez al año. La prueba de ingresos del hogar puede incluir:

- Su declaración anual de impuestos sobre la renta y/o una copia de su formulario W-2
- 1 talón de cheque de pago actual
- Una copia de sus cheques de seguridad social
- Cheques o documentos u Otros ingresos que pueda recibir

Su ingreso familiar anual se utilizará para calcular el nivel de su descuento.

de la parte responsable : _____ Número de cuenta _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Fecha de nacimiento: _____ SSN# _____ - _____ - _____ Teléfono: _____

*Número TOTAL que vive en su hogar, inclúyase usted mismo: _____

Estado civil (marque uno): Soltero Casado Separado Divorciado Viudo (er)

* ¿Alguien en su hogar está empleado? Si o no

Indique los nombres de otros miembros del hogar:

Declaro que la información anterior es verdadera y he dado permiso a MDHS para investigar cualquier información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También entiendo que si mis ingresos cambian, debo notificar a la recepcionista en mi próxima visita.

Si NO desea solicitar nuestra escala móvil de tarifas:

Mid-Delta es un Centro de Salud Calificado Federalmente. Estamos obligados a obtener información sobre los ingresos del hogar para fines de informes. Indique los ingresos anuales de su familia. Esto nos ayuda a informar los datos de ingresos incluso si no está solicitando la escala móvil de tarifas.

¿Cuántas personas hay en su hogar? _____

____ \$0 - \$10,000 ____ \$10,000 - \$20,000 ____ \$20,000 - \$30,000 ____ \$30,000 - \$40,000
____ \$40,000 - \$50,000 ____ \$50,000 - \$60,000 ____ \$60,000 - \$70,000 ____ \$70,000 - \$80,000
____ \$80,000 - \$90,000 ____ \$90,000 - \$100,000 ____ \$100,000 + ____ Deseo no revelar

- Me niego a proporcionar mi prueba de ingresos para solicitar las tarifas reducidas. Al hacerlo, acepto que seré responsable de la factura en su totalidad. (SOLO MARQUE LA CASILLA SI NO ESTÁ APORTANDO)**

Firma de la parte responsable

Fecha

Firma del entrevistador

SOLO USO DE OFICINA

bruto semanal \$ _____ x4.334=

bruto quincenal \$ _____ x2.167=

Pago bruto dos veces al mes \$ _____ x2.00=

Salario bruto mensual \$ _____ x 12=

Totales x 12 Meses

Ingreso anual total: \$ _____

Fecha de vencimiento: _____ (1 año a partir de hoy)