

## 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)