



Aplicación de Descuento para Tarifa Proporcional Según el Ingreso

* NOMBRE DEL PACIENTE: _____

* FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE: _____

* ¿Cuántas personas dependen del ingreso familiar? _____

* Nombre de las personas que usted puede reclamar como dependiente: _____

EL INGRESO FAMILIAR DEBE INCLUIR:

SALARIO, PROPINAS, GANANCIAS DE NEGOCIO, PENSIÓN ALIMENTICIA, MANUTENCION DE LOS HIJOS, SALARIO DE SU PAREJA, SALARIO DE PARIENTE/FAMILIAR/AMIGO, FONDO DE RETIRO/AHORROS, PENSIONES, SEGURO SOCIAL, ASEGURANZA DE DISCAPACIDAD DEL SEGURO SOCIAL (SSDI), ASISTENCIA PÚBLICA DE BIENESTAR, COMPENSACIÓN DE DESEMPLEO DE LA ADMINISTRACIÓN DE LOS VETERANOS, O CUALQUIER OTRO INGRESO

EI INGRESO BRUTO ANUAL DE LA FAMILIA (Marque uno)

- _____ \$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 or above

* ¿Qué es el ingreso bruto total de su familia? \$ _____ Mensual o \$ _____ Anual

_____ **DESEO NO ACEPTAR EN ESTE MOMENTO:**

FIRMA _____ **FECHA** _____

SE REQUIERE COMPROBANTE NOTA: *Comprobante válido puede ser: talon de cheque, declaración de impuestos, o aviso de desempleo. Podemos aplicar su descuento hasta 120 días anterior de la fecha en que el comprobante fue recibido.*

He leído lo anterior y declaro que la información suministrada por mí es completa y verdadera según mi conocimiento. Notificaré a Health West de cualquier cambio en mis ingresos, recursos, o tamaño de familia. También entiendo que esta información será tratada de manera confidencial en conformidad con la ley federal y estatal.

FIRMA _____ **FECHA** _____

_____ **FECHA** _____

Verificado por (personal de Health West)

Solicitante es elegible para _____ % de descuento. ¿Comprobante a sido aportado? Sí o No

Esta aplicación se vencerá el día _____