



El paciente rechaza la solicitud de Escala de Descuento

Centro de Salud La Red

Aplicación de Escala de Descuentos

Valida del 1ro de Marzo del 2019 al 29 de Febrero del 2020

Esta aplicación debe ser completada en su totalidad para poder ser procesada.

INFORMACION DEL PACIENTE

Apellido: _____

Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ MM/DD/AA

INFORMACION DE LOS RESIDENTES DE LA CASA

Nombre del (la) Esposo(a) : _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ MM/DD/AA

No. del Seguro Social: ____ - ____ - ____

Información de los Dependientes:

Nombre	No. de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relación
1. _____	____ - ____	____/____/____	_____
2. _____	____ - ____	____/____/____	_____
3. _____	____ - ____	____/____/____	_____
5. _____	____ - ____	____/____/____	_____

COMPROBANTE DEL SUELDO

Usted tiene que traer pruebas de () Las Taxas más recientes () La forma 4506-T
lo que gana: () Seguro Social/Inhabilidad () Dos (2) últimos talones de pago

He completado esta aplicación para descuentos y confirmo que toda la información es correcta a lo mejor de mi conocimiento. **Yo entiendo que soy responsable por cualquier balance de cargos en el momento de cada servicio.**

Firma

Fecha

ELIGIBILITY INFORMATION – FOR OFFICE USE ONLY

Annual Gross Income \$ _____

Number of Dependents _____

Gross Income 1

Application Approved

Gross Income 2

Sliding Fee Scale (A) (B) (C) (D) (E)

Gross Income 3

Application Denied – RESPONSIBLE FOR 100% OF BILL

Total Income

Processed By

Date