



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 2021 al 28 de Febrero del 2022

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

#### INFORMACION DE LOS RESIDENTES DE LA CASA

Nombre del Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MM/DD/AA

Información de los Dependientes:

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación	Paciente
1.	_____	____/____/____	_____	[ ]
2.	_____	____/____/____	_____	[ ]
3.	_____	____/____/____	_____	[ ]
4.	_____	____/____/____	_____	[ ]
5.	_____	____/____/____	_____	[ ]

#### COMPROBANTE DEL SUELDO

Usted tiene que traer pruebas de ( ) Las Tasas más recientes ( ) Estados de cuenta bancarios  
 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 \_\_\_\_\_

Application Approved

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

Application Denied – RESPONSIBLE FOR 100% OF BILL

\_\_\_\_\_ Gross Income 1

\_\_\_\_\_ Gross Income 2

\_\_\_\_\_ Gross Income 3

\_\_\_\_\_ Total Income

\_\_\_\_\_  
Processed By

\_\_\_\_\_  
Date