



Centro de Salud La Red

Aplicación de Escala de Descuentos

Valida del 1ro de Marzo del 2009 al 28 de Febrero del 2010

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

INFORMACION PERSONAL

Apellido: _____

Primer Nombre: _____

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

No. del Seguro Social: ____ - ____ - ____

Domicilio: _____

Ciudad: _____

Teléfono: (Casa) (____) ____ - ____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (Celular) (____) ____ - ____

INFORMACION DE LOS RESIDENTES DE LA CASA

Nombre de el (la) Esposo(a) : _____

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

No. del Seguro Social: ____ - ____ - ____

Información de los Dependes Menores de 18 Años:

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

COMPROVANTES DEL SUELDO

Usted tiene que traer pruebas de lo que gana: Las Taxas mas recientes La forma 4506-T
 Seguro Social/Inhabilidad Los últimos dos (2) talones de su cheque

He completado esta aplicación para descuentos y confirmo que toda la información es correcta a lo mejor de mi conocimiento. **También entiendo que el mínimo pago de \$30.00 será requerido al momento de cada visita médica.**

Firma

Fecha

ELIGIBILITY INFORMATION – FOR OFFICE USE ONLY

Annual Gross Income \$ _____

Number of Dependents _____

Application Approved 20% Payment (A)

40% Payment (B)

60% Payment (C)

80% Payment (D)

Application Denied – RESPONSIBLE FOR 100% OF BILL

Processed By

Date