



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 2023 al 29 de Febrero del 2024

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