



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ESCALA MÓVIL DE DESCUENTO

Nombre completo: _____ **Número de seguro social:** _____

Nombre de paciente (Si es diferente de lo anterior): _____ **Fec. Nac.:** _____

Dirección: _____ **Cuidad:** _____

Estado: _____ **Código postal:** _____ **Teléfono:** _____

Estado Civil Soltero Casado Divorciado Viudo Separado Matrimonio de Hecho

Lista de los miembros del hogar: (Inclúyase a si mismo)	Fecha de Nacimiento:	Relación con Usted:	¿Tiene seguro?	Tipo de ingresos: Trabajo, desempleo, Seguro Social, etc.	Ingresos mensuales: (antes de impuestos)
		Usted Mismo			
					Total Mensual:

Empleador: _____ **¿Con qué frecuencia recibe pago?** _____ **Fecha de Inicio:** _____

Empleador de su cónyuge: _____ **¿Con qué frecuencia recibe pago?** _____

Fecha de Inicio: _____

Si está desempleado, cuál fue la fecha de su último cheque de pago: _____

Indique la cantidad de ingreso de cada tipo que usted recibe mensualmente a continuación:

Cantidad de SNAP \$ _____ Manutención de Niños \$ _____ SSI \$ _____ Beneficios para los veteranos \$ _____
Otro _____

Al firmar a continuación, nos da el derecho a verificar sus ingresos y el tamaño de su hogar. Si proporciona información falsa en este formulario, su descuento se detendrá y tendrá que pagar el saldo total.

Firma: _____ **Fecha:** _____



INSTRUCCIONES

Por favor llene todo el formulario. Usted tendrá que entregar prueba de los ingresos y el tamaño de su hogar.

INGRESO:

- Talones de Pago de los últimos 30 días o copia de la declaración de impuestos
- Empleo autónomo
- Desempleo
- Seguro social
- Pensión alimenticia
- Jubilación o pensión, incluyendo retiros IRA o 401k
- Ingreso de inversión
- Compensación de los trabajadores
- Ingreso de alquiler
- Otros ingresos imponibles como ganancias de lotería

Por favor llámenos si usted no tiene ingresos o no recibe talones de pago.

HOGAR:

Un hogar se compone de usted, su cónyuge y cualquier hijo o pariente que usted reclame en sus impuestos.

No incluye compañeros de cuarto, amigos, ni cualquier persona que usted no reclame en sus impuestos.

La escala de descuento móvil se basa en las pautas federales anuales de pobreza.

No discriminamos contra raza, color, religión, origen nacional, edad, género, orientación sexual ni discapacidad.

A nadie se le negarán los servicios médicos si no puede pagar.