



**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA De DESCUENTO CON TARIFA AJUSTADA**  
 Se requiere comprobante de ingresos para procesar esta solicitud.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Numero de Seguro Social: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente (si es diferente al anterior): \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Soltero/a  Casado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Separado/a  Unión libre

¿El paciente tiene seguro? (Por favor, encierre en un círculo si la respuesta es SÍ) **MEDICAL DENTAL**

Si la respuesta es SÍ, por favor presente su tarjeta de seguro en la recepción. Si no tiene seguro, llame al 540-464-8700 ext. 7150, 7117 o 7202 para hablar sobre sus opciones con nuestro equipo de Alcance e Inscripción.

Lista de miembros del hogar: (Inclúyase a usted mismo/a)	Fecha de nacimiento:	Relación con usted:	¿Tiene seguro?	Tipo de ingreso (Trabajo, desempleo, Seguro Social, etc.)	Ingreso mensual (antes de impuestos):
(usted)		ser			

Costo mensual de vivienda  
(alquiler/hipoteca): \_\_\_\_\_

**Total mensual:**

Empleador: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia le pagan? \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Empleador del cónyuge: \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia le pagan? \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_

Si está desempleado/a, fecha del último cheque de pago: \_\_\_\_\_

Por favor, indique a continuación la cantidad que recibe mensualmente:

SNAP \$ _____	Manutención de menores \$ _____	SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad) \$ _____
Beneficios para veteranos \$ _____		Otro \$ _____

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

<b>Firma:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
---------------------	---------------------



Por favor, complete todo el formulario. Deberá entregar comprobante de los ingresos y del tamaño de su hogar.

**INGRESOS:**

- Talones de pago de los últimos 30 días o copia de la declaración de impuestos
- Trabajo por cuenta propia
- Desempleo
- Seguro Social
- Pensión alimenticia
- Jubilación o pensión, incluidos retiros de IRA o 401k
- Ingresos de inversiones
- Compensación laboral
- Ingresos por alquiler
- Otros ingresos sujetos a impuestos, como premios de lotería

**COSTOS DE VIVIENDA:**

- Copia del contrato de arrendamiento
- Copia del estado de cuenta mensual de la hipoteca

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

**HOGAR:**

Un hogar está compuesto por usted, su cónyuge y cualquier hijo o familiar que usted incluya en su declaración de impuestos. No incluya compañeros de cuarto, amigos ni personas que no declare en sus impuestos..

**El Descuento de Tarifa Ajustada se basa en las pautas federales anuales de nivel de pobreza.**

**No discriminamos por raza, color, religión, origen nacional, edad, género, orientación sexual o discapacidad.**

**Nadie será negado a recibir servicios médicos si no puede pagar.**

25 Northridge Lane • Lexington, VA 24450  
(540) 464-8700 • [www.rockahc.org](http://www.rockahc.org) • fax: (855) 806-0826