

SOLICITANTE

Nombre (primer, segundo, apellido):		Fecha de nacimiento:
Dirección:	Ciudad:	Código postal:
Teléfono de casa:	Teléfono celular:	Teléfono del trabajo:
Relación del solicitante con el paciente:		

MIEMBROS DE LA FAMILIA E INGRESOS

Agregue a todos los miembros de la familia inmediata y las personas que viven en su hogar (incluido el cónyuge o compañero de vida y los hijos) y las personas que dependen de los ingresos familiares. Por favor, no incluya invitados o compañeros de cuarto.

Además, para cada persona, marque si tiene seguro de salud y sus ingresos. Los ingresos incluyen salarios brutos (antes de impuestos), ingresos de manutención infantil, ingresos de pensión alimenticia, desempleo e ingresos de jubilación. No incluya asistencia no monetaria, como cupones de alimentos, subsidios de vivienda u otros subsidios gubernamentales.

NOMBRE (PRIMER Y APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	¿TIENE SEGURO? (Sí o No)	INGRESOS BRUTOS MENSUALES, si los hubiera	NOMBRE DEL EMPLEADOR O OTRA FUENTE DE INGRESOS

CERTIFICACIÓN

Certifico que la información de ingresos y del hogar es verdadera y correcta según mi conocimiento.

- He **adjuntado** documentación de ingresos para cada adulto con ingresos enumerados anteriormente, **O**
 No puedo proporcionar prueba de ingresos. Solicito recibir un descuento de tarifa variable de seis meses.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

CLINIC STAFF ONLY

Patient Name:		Comments:	
Total number of adults (age 18 and older):		Total number in family/household:	
Total number of children (under age 18):		Total estimated gross monthly income:	
Discount Provided (Check one of the sliding fee categories and Title X, if applicable) <input type="checkbox"/> Full Discount <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> Title X <input type="checkbox"/> Title X E <input type="checkbox"/> Not Approved: <input type="checkbox"/> Full-Fee <input type="checkbox"/> Title X F		<input type="checkbox"/> Documentation provided <input type="checkbox"/> Reviewed/entered in system	
Discount Approved by:	Approval Date	Expiration Date	
Application Reviewed by:	Review Date	Role: <input type="checkbox"/> Lead <input type="checkbox"/> Supervisor <input type="checkbox"/> Manager	