

SOLICITUD DE DESCUENTO Programa de Descuento por Tarifa Escalonada
(Renovación anual requerida)

Nombre del paciente: _____

Fecha de nac (MM/DD/AAAA): ____/____/____

Información del hogar

¿Quiénes viven en su hogar?
(Incluye a ti mismo, cónyuge/pareja y a los dependientes que apoyes.)

Total de personas en el hogar: _____

Ingresos totales del hogar

¿Cuál es el ingreso total de tu hogar?
(Incluya salarios, beneficios y cualquier otro ingreso.)
Ejemplos: cheques de pago, Seguro Social, discapacidad, desempleo u otros ingresos.

Cantidad : _____
\$ _____
 Semanal
 Quincenal
 Mensual
 Anual

Verificación de ingresos

Tengo ingresos y entrego comprobante hoy. (Se aplicará la tarifa final del programa de descuento.)

Tengo ingresos, pero no puedo entregar comprobante hoy. (Se aplicará la tarifa mínima por ahora. Debe entregar el comprobante dentro de 30 días o se le puede cobrar la tarifa completa.)

Declaración de ingresos sin comprobante: Declaro que mi hogar tiene ingresos, pero no puedo presentar comprobante en este momento. Confirmando que la información escrita arriba es correcta según mi conocimiento. Entiendo que esta declaración me da acceso temporero al Programa de Descuentos. **Iniciales del paciente o tutor:** _____

Mi ingreso familiar es de \$0 (Complete la declaración abajo.)

Autodeclaración de Ingresos (sin comprobante requerido)

Certifico que actualmente mi hogar no recibe ingresos de ninguna fuente. **Marque lo que describa su situación:**

- Estoy Desempleado/a
- Trabajo temporal o por temporada
- Recibo apoyo de familia o amigos
- Recibo apoyo de una agencia o programa. Nombre del programa: _____
- Otro: _____

Iniciales del paciente o tutor: _____

Reconocimientos y responsabilidades

Entiendo que:

- La elegibilidad para el Programa de Descuento por Tarifa Escalonada se basa en el ingreso y el tamaño del hogar y solo aplica a ciertos servicios.
- Debo notificar a Heart of Florida Health Center si cambia el ingreso o el tamaño de mi hogar.

Declaración y firma del paciente

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y completa según mi conocimiento. Entiendo que dar información falsa o incompleta puede causar la pérdida del descuento. También entiendo que esta solicitud debe renovarse cada año.

Nombre impreso: _____

Relación con el paciente: Paciente Padre/Madre Guardian Legal Custodio Legal

Firma: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Solo uso del personal

Slide Assigned: A B C D E F
Docs Reviewed: Yes No
Effective Date: _____
Staff Initials: _____