

**Aplicación Para La Escala De Descuento  
United Community Health Center**

Aplicación introducida por: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento: \_\_\_\_\_

Nombré completo de paciente _____		Fecha de nacimiento _____	
Domicilio _____	Apt /Lote # _____	# de Teléfono(casa) _____	Celular _____
Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	
Persona Responsable _____	DOB _____	Teléfono _____	

Usted o alguien en su familia han aplicado para el medical (titulo XIX) Si No Cuando \_\_\_\_\_ Quien \_\_\_\_\_

Por favor liste todos los miembros de su hogar incluyéndose a usted:

MR #	Nombre	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social	Empleador/ocupación	Relación

Por favor indique cuales de las siguientes Fuentes de ingresos usted recibe en su hogar, quien las recibe y que tan seguidos las recibe:

		Quien		Que tan seguido				Quien		Que tan seguido	
Si	No	Empleo		Si	No	Beneficios veteranos					
Si	No	Manutención para niños		Si	No	Propiedades de renta					
Si	No	Desempleo		Si	No	SS,SSI,SSD					
Si	No	Fip/Welfare		Si	No	Compensación al trabajador					
Si	No	Pensión Compensatoria		Si	No	Empleo por cuenta propia					
Si	No	Pension		Si	No	Salarios en efectivo					

Otro: \_\_\_\_\_

Se le requiere proporcionar pruebas de ingresos mencionados anteriormente, a fin de completar su solicitud. Las siguientes formas son aceptadas como comprobante de ingresos:

- Forma actual de impuestos federales (1040-1040EZ)
- Estado de cuenta actual, mostrando el depósito de Seguro Social oh una copia de la oficina del SSI
- Talones de cheque consecutivos del mes
- (Salarios en efectivo) Una carta del empleador (debe incluir el nombre del empleador, dirección y número de teléfono)
- Carta del cuidador

Al firmar abajo, yo certifico que la información proporcionada es verídica y exacta. También entiendo que es mi responsabilidad actualizar mi información de ingresos cuando cambia. Me doy cuenta de que la clínica está utilizando dinero de los impuestos federales para ayudarme a recibir atención médica. Yo entiendo que dar información falsa con respecto a mis ingresos es considerado fraude contra el gobierno de los estados unidos. Nota: No todos los exámenes son cubiertos por la escala de descuento. Favor de preguntar a su proveedor antes de acordar a exámenes.

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Guarantor # \_\_\_\_\_

Date SFS application Received: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_