

# Solicitud de Escala de Pago

Apellido

Nombre

Fecha de Nacimiento

**Este formulario se usa para determinar** si usted es elegible para recibir un descuento en las tarifas de sus servicios médicos. Debe completar este formulario para recibir un descuento.

**Debe informarnos de todas las fuentes de ingresos** de los miembros del hogar que figuran en este formulario. Esto incluye:

- Salario de empleo
- Ingresos del trabajo por cuenta propia
- Manutención de hijos, Manutención conyugal, o Pensión alimenticia (alimony)
- Cualquier otra Fuente de ingresos
- Pensión o Ingreso de Jubilación
- Seguro Social
- Pagos de Incapacidad (disability)
- Pagos de desempleo
- Declaración Jurada de Ingresos

**Nos reservamos el derecho de solicitaremos evidencia de sus ingresos** en forma de talón de cheque de pago, declaración de impuesto (tax returns), u otros documentos para poder calificar para un descuento.

**Enumere a continuación a todos los miembros del hogar que viven en su hogar y dependen del ingreso hogar.** Una vez que se complete esta forma, cada miembro del hogar con una cuenta en el Centro de Salud de Petaluma será elegible para el descuento.

\_\_\_\_\_ RECHAZADO (entiendo que no soy elegible para ningún descuento o programa)

NOMBRE DE MIEMBRO DEL HOGAR	FECHA DE NAC	TIPO DE INGRESO	INGRESO ANUAL <i>(antes de impuestos o deducciones)</i>	ENTERED BY
<b>TAMAÑO DEL HOGAR</b>		<b>INGRESO TOTAL AL AÑO DEL HOGAR</b>		

# Solicitud de Escala de Pago

Si no reporta ingresos, debe describir sus medios actuales de sustento y/o situación de vida:

---

---

**Declaro, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera, correcta y completa. Entiendo que dar información falsa puede causar que no sea elegible para recibir servicios con descuentos.**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Income Verified\*  Yes (exp. 365 days)  No (<200% FPL - exp. 7 days)  
 No (>200% FPL - exp. 365 days)

**Notified Patient about eligibility screening & application assistance through Certified Enrollment Counselor**  Yes

This applicant is:  Eligible for Sliding Scale Discount: \_\_\_\_\_  
 Not Eligible for Sliding Scale Discount

Termination date: \_\_\_\_\_

Certified by: \_\_\_\_\_  
Staff Name Date

Routing Instructions: Receptionist - Document eligibility for each family member for each account type within registration. Enter date eligibility begins (the certification date on this sheet) for each eligible account. Scan form into record.

**\*ROUTE TO CEC** for follow-up assistance.