

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
TAMAÑO DEL HOGAR		INGRESO TOTAL AL AÑO DEL HOGAR		

Solicitud de Escala de Pago

Petaluma
HealthCenter
The Center of Good Health

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.