



Family Health Centers

Formulario de Solicitud de Tarifa Reducida

Los Centros de Salud Familiar cree el cuidado de salud debe ser accesible a los que lo necesitan; además, los individuos deben participar en costo de su salud como les permite sus circunstancias. El Programa que reduce costos del Centro de Salud Familiar es un descuento basado por el total de los miembros y ingresos de el hogar.

PARA USO DEL PERSONAL	
Offer Date	<input type="text"/>
Site	<input type="text"/>
Rep	<input type="text"/>

Sí, deseo solicitar

Para solicitar, favor de leer, completar las 2 hojas de esta solicitud, proveer pruebas de los ingresos en bruto de la familia y firmar la segunda hoja. Solicitamos esto para poder determinar el descuento. Entiendo que si el Centro de Salud Familiar no puede determinar mi descuento porque no completé la solicitud, puede ser que me cobren el costo completo de mis citas médicas y/o dentales y/o medicamentos.

No, no deseo solicitar

No deseo solicitar ayuda del programa de descuentos. Entiendo que cualquier cobro por el cual soy responsable pagar será cobrado y no será rebajado. En cualquier momento en el futuro puedo solicitar ayuda programa de descuentos. Esto aplica a mí y a los miembros de mi hogar anotados a continuación.

Firma: _____ Fecha: _____

Ingresos anuales **de todos los miembros del hogar** en bruto:

\$0-\$11,000 \$11,000-21,000 \$21,000-\$31,000 \$31,000-\$41,000 Otro: \$ _____

Nombre completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Hora mejor para llamar: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Tamaño de Familia: El tamaño de familia significa todos los miembros del hogar y/o familia que depende de los siguientes ingresos. **Favor de anotar los miembros del hogar y/o familia:**

#	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	¿Recibe ingresos?	Infórmanos si se aplica PT = Parte del Tiempo TC = Tiempo Completo	Si el ingreso es temporal, meses en que se recibe (ejemplo: Febrero – Noviembre)
1	Usted (La misma persona escrito arriba) Favor de completar →			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Temporal	
2				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Temporal	
3				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Temporal	
4				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> Temporal	
5				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Temporal	
6				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Temporal	
7				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Temporal	
8				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Temporal	
9				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Temporal	
10				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Temporal	
11				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Temporal	



Declaración de los Ingresos

Favor de completar si desea ser considerado para un descuento.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por medio de este documento certifico que los ingresos en bruto de mi hogar/familia durante los próximos 12 meses serán los siguientes:

(Antes de deducciones/impuestos)

Sueldos, salarios, comisiones, propinas	\$
Beneficios de Seguro Social (pensión)	\$
Asistencia Pública (beneficios de comida, dinero, etc.)	\$
Desempleo o pago de L&I (u otra seguridad que paga tiempo perdido)	\$
Beneficios militares	\$
Pensiones del trabajo y/o del ferrocarril y/o cuenta individual para la jubilación	\$
Renta de propiedades, derechos de autor, fideicomisos, etcétera.	\$
Ganancias de dividendos y/o intereses de una cuenta o inversión	\$
Anualidades	\$
Otra clase de ingreso (especifique)	\$
Total De Los Ingresos Anuales Del Hogar	\$

HOGARES SIN INGRESOS SOLAMENTE - Favor de completar si usted(es) NO tiene(n) algún fuente de ingresos:

Favor de explicar cómo ha podido cubrir sus necesidades básicas sin ninguna entrada de dinero:

Comida: _____ Renta: _____ Servicios públicos: _____

Otro (ropa, jabón etc.): _____

Yo, _____, certifico que no he tenido fuente de ingresos desde _____

Nombre de su último empleador: _____ Fecha del último empleo: _____

Todos los solicitantes: FAVOR DE LEER LO SIGUIENTE Y FIRMAR A CONTINUACIÓN.

Estoy de acuerdo de hacerme responsable por mi cuenta con el Centro de Salud Familiar y de informar al Centro de Salud si obtengo otra forma de cobertura. Entiendo que si proveo información incompleta o falsa no será considerado/a para un descuento. Certifico que la información que proveo por medio de esta solicitud es completa y verdadera.

Firma: _____ Fecha: _____