

Solicitud del Programa De Descuento de Tarifa Variable

Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Fecha de Hoy
Edad Actual	☐ Casado ☐ Soltero		☐ Menor (12 a 18 años de edad) Si aplica para descuento de Salud Reproductiva		

DECLINA (al poner mis iniciales y la fecha, yo comprendo que no recibiré el descuento de tarifa variable.) _____

Iniciales

Fecha

Lista de todos los miembros del hogar y sus ingresos (incluyendo uno mismo):

Nombre	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Relación	Ingreso Mensual	¿Paciente?
		<i>Uno Mismo</i>		☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No
				☐ Si ☐ No

Si no reporta ingresos, debe indicar como se mantiene y/o vive actualmente:

Yo autorizo que el personal de Finger Lakes Community Health hable acerca del balance de mi cuenta, en mi ausencia, con _____ cuyo número de teléfono es _____.

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 hacerme inelegible para servicios con descuento.

Firma del que aplica: _____ Fecha: _____

Office Use Only

Total Household Members: _____ Total Monthly Household Income: _____ Total Monthly Reproductive Health Income: _____		
Did you assign the General Slide to the patient account? ☐ Yes ☐ No		
Did you note the Reproductive Health Slide in the Income Section? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A		
POI Provided: ☐ Yes (Expires 365 days) Termination Date: _____ ☐ No (Expires in 90 days) Termination Date: _____ ☐ No (Does not qualify for 90 days) Termination Date: _____ ☐ No (Expires in 365 days) The patient has barriers that do not allow them to obtain the necessary proof income and doing so would place barriers to care and/or financial hardship. I have, as best as possible determined that the stated income is correct, and that the number of people listed as household members is true to the best of my knowledge. Termination Date: _____		
Staff Signature: _____ Date: _____		