

**Solicitud del Programa De Descuento de Tarifa Variable**

Nombre		Apellido		Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Fecha de Hoy
Edad Actual	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero		<input type="checkbox"/> 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>		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Did you note the Reproductive Health Slide in the Income Section? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	
POI Provided: <input type="checkbox"/> Yes (Expires 365 days) Termination Date: _____ <input type="checkbox"/> No Termination Date: _____ <input type="checkbox"/> 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: _____