Finger Lakes COMMUNITY HEALTH
Taking the time to care.

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)** solo si aplica para descuentos financiados por planificacion familiar	

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

Nombre	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AA)	Relación	Ingreso Mensual
		Uno Mismo	

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

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

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:** _____

Sección para uso de la oficina únicamente / Office Use Only

Total Household Members: _____ Total Monthly Household Income: _____ Total Monthly Family Planning Funded Income:_____

Did you assign the General Slide to the patient account? ☐ Yes ☐ No

Did you note the Family Planning Funded in the Income Section? ☐ Yes ☐ No ☐ N/A

POI Provided:
☐ Yes (Expires 365 days) Termination Date: _____
☐ No 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:** _____