

Solicitud del Programa de Descuento

☐ New Patient ☐ Returning Patient

Esta solicitud solo tiene una duración de 12 meses después de la fecha de aprobación. La familia/hogar debe volver a presentar la solicitud al menos una vez al año. La familia/hogar debe proporcionar información actualizada si: (1) la situación financiera de la familia/hogar cambia significativamente (por ejemplo, pierde el empleo, obtiene empleo, cambia de hogar, etc.) y/o recibe cobertura de seguro después de la fecha de aprobación pero antes que los 12 meses hayan pasado; ó (2) ha pasado más de un año desde la última visita al centro.

Persona Responsable de la Factura/ Jefe del Hogar

Apellido:	Nombre:	Segundo Nombre:	
Dirección:	Ciudad:	Código Postal:	Numero de telephone

Ingresos y Estado del Seguro

¿Cuál es su ingreso anual? \$ _____ ☐ Sin ingresos ☐ Paciente con Cobertura Declinar para Proporcionar Información				¿Cuál es el tamaño de su familia?	
¿Tiene seguro médico?	☐ Si	☐ No	¿Tiene seguro dental?	☐ Si	☐ No
Si usted tiene seguro médico, ¿de qué tipo?	☐ Privado	☐ Medicaid/ Husky	☐ Medicare	☐ Otro	

¿Desea participar en el programa de descuento de FHCHC?	☐ Sí, me gustaría participar en el programa de descuento y presentaré prueba de ingresos	☐ No, no participaré en el programa de descuentos
--	---	--

Nombre del Jefe del Hogar	Relación con el Solicitante	Fecha de Nacimiento	¿Paciente de FHCHC?	Ingresos	Frecuencia de Pago (Semanal, cada dos semanas o mensual)	Fuente de Ingresos*
	Yo			\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		
				\$		

* Las fuentes de ingreso incluyen: empleador, trabajo por cuenta propia, beneficios de desempleo, seguro social, seguro social por incapacidad, pensión, ingresos por alquiler, pensión alimentaria/manutención infantil, sin ingresos.

Prueba de Ingresos Proporcionado

☐	Dos (2) talonarios de pago recientes	☐	Formulario W-2 reciente	☐	Carta de Empleador
☐	Carta de beneficios de desempleo	☐	Declaración de Impuestos	☐	Formulario de Autodeclaración
☐	Otros	☐		☐	

Esta solicitud solo tiene una duración de 12 meses después de la fecha de aprobación. La familia/hogar debe volver a presentar la solicitud al menos una vez al año. La familia/hogar debe proporcionar información actualizada si: (1) la situación financiera de la familia/hogar cambia significativamente (por ejemplo, pierde el empleo, obtiene empleo, cambia de hogar, etc.) y/o recibe cobertura de seguro después de la fecha de aprobación pero antes que los 12 meses hayan pasado; ó (2) ha pasado más de un año desde la última visita al centro.

Yo reconozco que me proporcionaron los requisitos del programa.

Yo reconozco que, si no traigo el comprobante de ingreso mi descuento solo se aplica a la primera visita posterior a la fecha de la solicitud. Para todas las demás visitas, Yo seré responsable por la tarifa completa (no de la) hasta que se presente un comprobante de ingresos.

Yo certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera a mi saber y entender.

Firma: _____

Fecha: _____

STAFF USE

Reviewed By: _____ Scanned By: _____ Income Scanned: ☐ Yes ☐ No
 Scale: A B C D E E1 E2 E3 E4 E5 F ☐ Patient w/Coverage Decline To Provide Info
 Location/Scale: ☐ 374G ☐ 50G ☐ EH ☐ BV ☐ Branford 150 Sargent Dr. ☐ Dental ☐ Ryan White