



**Instrucciones:**

**Paso 1:** Por favor liste **TODOS** los miembros del hogar, incluyéndose a usted mismo.

**Paso 2:** Por favor indique **TODAS** las fuentes de ingresos anual para cada miembro del hogar.

**Paso 3:** Por favor agregue o presente comprobante de ingresos dentro de los **30 días**. Ejemplos: **Declaración de impuestos, W-2, o un 1 mes de talón de pagos.**

**Paso 4:** Por favor firme el formulario.

Si tiene seguro de salud, todavía puede calificar para la escala de precios reducidos.

**NOMBRE DEL PACIENTE:** \_\_\_\_\_

**PASO 1: Miembros Del Hogar-** Por favor liste **TODOS** los miembros del hogar, incluyéndose a usted mismo

	<i>Nombre</i>	<i>Relación Con El Paciente</i>	<i>Fecha De Nacimiento</i>	<i>Lugar De Trabajo</i>	<i>Tiempo Completo/Medio</i>
1.	_____	_____	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____	_____	_____
5.	_____	_____	_____	_____	_____
6.	_____	_____	_____	_____	_____

**PASO 2: Ingresos Anual Del Hogar-** Indique **TODAS** las fuentes de ingresos para cada miembro del hogar

<i>Tipo de Ingreso:</i>	<i>Miembro 1 (Tú):</i>	<i>Miembro 2:</i>	<i>Miembro 3:</i>	<i>Miembro 4:</i>
Empleo (incluya propina)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Desempleo				
Asistencia en efectivo de MI				
Apoyo conyugal, (manutención de los hijos)				
Pensión				
Seguro Social				
Otro:				
<b>INGRESO TOTALES</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

**PASO 3: Comprobante de ingresos-** Por favor incluya o presente comprobante de ingresos dentro de los 30 días, para evitar que se le cobre el precio total por los servicios brindados.

Entiendo que, si soy elegible para la tarifa móvil, cualquier declaración falsa, omisión u otra representación falsa hecha por mí en esta solicitud puede resultar en mi despido inmediato. La póliza de esta organización es ofrecer oportunidades iguales sin distinción de raza, color y religión.

**PASO 4: Firma:**

**Paciente/Guardián:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Guardián:** \_\_\_\_\_

**Relación con el Paciente:** \_\_\_\_\_

<b>Lo máximo que pagará por visita:</b>	<b>Plan A \$20 Médico \$30 Dental</b>	<b>Plan B \$30 Médico \$40 Dental</b>	<b>Plan C \$40 Médico \$55 Dental</b>	<b>Plan D \$55 Médico \$75 Dental</b>	<b>Plan E Sin descuento: usted paga los cargos completos</b>
<b>Tamaño de la familia</b>	<b>Ingresos Anual Del Hogar</b>				
1	\$0 - \$14,580	\$14,581- \$21,870	\$21,871- \$26,973	\$26,974- \$29,160	mas de \$29,160
2	\$0 - \$19,720	\$19,721- \$29,580	\$29,581- \$36,482	\$36,483- \$39,440	mas de \$39,440
3	\$0 - \$24,860	\$24,861- \$37,290	\$37,291- \$45,991	\$45,992- \$49,720	mas de \$49,720
4	\$0 - \$30,000	\$30,001- \$45,000	\$45,001- \$55,500	\$55,501- \$60,000	mas de \$60,000
5	\$0 - \$35,140	\$35,141- \$52,710	\$52,711- \$65,009	\$65,010- \$70,280	mas de \$70,280
6	\$0 \$40,280	\$40,281- \$60,420	\$60,421- \$74,518	\$74,519- \$80,560	mas de \$80,560
7	\$0 - \$45,420	\$45,421- \$68,130	\$68,131- \$84,027	\$84,028- \$90,840	mas de \$90,840
8*	\$0 \$50,560	\$50,561- \$75,840	\$75,841- \$93,536	\$93,537- \$101,120	mas de \$101,260

\* Para unidades familiares de más de 8 miembros, agregue \$5,140 por anual por persona adicional. Efectivo 3/1/2023 a 2/28/2024