



ESCALA DE PRECIOS REDUCIDOS

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

NOMBRE	RELACIÓN CON EL PACIENTE	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE TRABAJO	TIEMPO COMPLETO/MEDIO
1.	YO			
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

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

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

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.

Tamaño de la familia	Plan A \$20 Médico \$30 Dental		Plan B \$30 Médico \$40 Dental		Plan C \$40 Médico \$55 Dental		Plan D \$55 Médico \$75 Dental		Plan E Sin descuento: usted paga los cargos completos
	Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar
1	\$0	\$15,060	\$15,061	\$22,590	\$22,591	\$27,861	\$27,862	\$30,120	mas de \$30,121
2	\$0	\$20,440	\$20,441	\$30,660	\$30,661	\$37,814	\$37,815	\$40,880	mas de \$40,881
3	\$0	\$25,820	\$25,821	\$38,730	\$38,731	\$47,767	\$47,768	\$51,640	mas de \$51,641
4	\$0	\$31,200	\$31,201	\$46,800	\$46,801	\$57,720	\$57,721	\$62,400	mas de \$62,401
5	\$0	\$36,580	\$36,581	\$54,870	\$54,871	\$67,673	\$67,674	\$73,160	mas de \$73,161
6	\$0	\$41,960	\$41,961	\$62,940	\$62,941	\$77,626	\$77,627	\$83,920	mas de \$83,921
7	\$0	\$47,340	\$47,341	\$71,010	\$71,011	\$87,579	\$87,580	\$94,680	mas de \$94,681
8	\$0	\$52,720	\$52,721	\$79,080	\$79,081	\$97,532	\$97,533	\$105,440	mas de \$105,441

*Para unidades familiares de más de 8 miembros, agregue \$5,140 por año por persona adicional. En vigor del 15/03/24 al 28/02/25

Al enviar esta solicitud, afirmo que los hechos establecidos en ella son verdaderos y completos. Entiendo que si soy elegible para el descuento de la escala móvil de tarifas, cualquier declaración falsa, omisión u otra tergiversación hecha por mí en esta solicitud puede resultar en mi despido inmediato. Es política de esta organización brindar igualdad de oportunidades sin distinción de raza, color y religión.

PASO 4: Firma

Paciente/ Guardián: _____

Fecha: _____

Relación con el Paciente: _____

Paciente: _____