



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 <i>Sin descuento: usted paga los cargos completos</i>
	Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar		Ingresos Anual del Hogar
1	\$0	\$15,650	\$15,651	\$23,475	\$23,476	\$28,953	\$28,954	\$31,300	mas de \$31,300
2	\$0	\$21,150	\$21,151	\$31,725	\$31,726	\$39,128	\$39,129	\$42,300	mas de \$42,300
3	\$0	\$26,650	\$26,651	\$39,975	\$39,976	\$49,303	\$49,304	\$53,300	mas de \$53,300
4	\$0	\$32,150	\$32,151	\$48,225	\$48,226	\$59,478	\$59,479	\$64,300	mas de \$64,300
5	\$0	\$37,650	\$37,651	\$56,475	\$56,476	\$69,653	\$69,654	\$75,300	mas de \$75,300
6	\$0	\$43,150	\$43,151	\$64,725	\$64,726	\$79,828	\$79,829	\$86,300	mas de \$86,300
7	\$0	\$48,650	\$48,651	\$72,975	\$72,976	\$90,003	\$90,004	\$97,300	mas de \$97,300
8	\$0	\$54,150	\$54,151	\$81,225	\$81,226	\$100,178	\$100,179	\$108,300	mas de \$108,300

*Para unidades familiares de más de 8 miembros, agregue \$5,500 por año por persona adicional. En vigor del 3/15/2025

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: _____

2025