

APLICACION PARA LA ESCALA DE DESCUENTO

All Care Health Center brindara servicios independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. El descuento solo aplica a servicios recibidos en cualquier clínica de All Care Health Center.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

Numero de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

No deseo solicitar el descuento de la escala de ingresos. Iniciales del paciente: _____

Miembros en el hogar: A nota todos los miembros de la familia que viven en el hogar de los que usted es financieramente responsable:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Es paciente aquí?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Ingresos del hogar

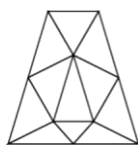
Declaro que los ingresos de mi hogar son _____ cada _____.
 (\$) (periodo)

Usted tiene 30 días a partir de la fecha de su cita mas reciente para presentar prueba de ingresos

- Certifico que la información que se muestra arriba es correcta, según mi leal saber y entender. Al firmar este formulario, usted autoriza a All Care Health Center a confirmar la información divulgada. El suministro de información falsa puede resultar en la cancelación del programa de la escala de ingresos.
- Entiendo que si no completo una solicitud del programa de la escala de ingresos y no proporciono prueba de ingresos antes de mi próxima cita, seré responsable de el costo completo de la cita.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del representate de admisión: _____ Fecha: _____



AllCare
HEALTH CENTER

Documentos que puede traer como comprobante de ingresos para La Escala de Descuentos

Tiene 30 días del día de la fecha de la aplicación para traer su comprobante de ingresos

Documentos que se aceptan como comprobante de ingresos(POI):

Elija entre 1 de las siguientes opciones

- Salarios de empleo**
 - 2 talones de cheques mas recientes si le pagan **por quincena** (30 días consecutivos)
 - 4 talones de cheques mas recientes si le pagan **por semana** (30 días consecutivos)
 - 2 talones de cheque mas recientes si le pagan **por mes** (60 días consecutivos)

- Salarios de Seguro Social** (la carta de beneficios mensuales de la administración de seguro social, **NO ACEPTAMOS FORMAS 1099**)

- Seguro Social para incapacitados** (la carta de beneficios mensuales de la administración de seguro social, **NO ACEPTAMOS FORMAS 1099**)

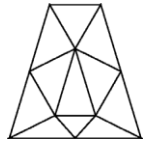
- Declaración de impuestos del año pasado** (solamente estar activo hasta Abril 15 de este año, **NO ACEPTAMOS W2'S**)

- Declaración de impuestos de este año** (**NO ACEPTAMOS W2'S**)

- Comprobante de ingresos de la oficina de Seguro Social** (Registro de ingresos de Seguro Social)

- Desempleo** (la declaración de beneficios de desempleo, debe de tener fecha dentro de los ultimo 30 días)

Si no tiene ninguno de estos documentos, comuníquese con un Especialista en Inscripciones al **712-256-6589** para analizar otros documentos determinados de forma individual y a discreción de la administración. El comprobante de ingresos puede llevarse a la clínica o enviarse por correo electrónico a Frontdesk@allcarehealthcenter.org



Descuento de la escala de ingreso – Auto declaración

Nombre del Paciente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección (Ciudad, Estado, Código Postal) _____

Numero de teléfono: _____ Correo electrónico : _____

Tamaño del hogar y ingresos

Declaro que los ingresos de mi hogar son _____ cada _____.
(\$) (periodo)

También certifico que un total de _____ de personas viviendo en mi hogar.
(numero)

Al firmar a continuación, doy fe de que:

- He proporcionado una estimación precisa del tamaño y los ingresos del hogar según mi leal saber y entender.
- Entiendo que cualquier aprobación de una solicitud de descuento del programa de la escala de ingresos utilizando esta autodeclaración solo será válida durante 30 días y no podre volver a presentar la solicitud utilizando una autodeclaración.
- Entiendo que si no complete una solicitud del programa de la escala de ingresos y no proporciono prueba de ingresos antes de mi próxima cita, seré responsable de el costo complete de la cita.
- Entiendo que el suministro de información falsa puede resultar en el cancelación del programa de la escala de ingresos.

Firma del solicitante : _____ Fecha: _____

Firma del representante de admisión: _____ Fecha: _____