



PETICIÓN PARA DESCUENTOS Año 2011

Para su asistencia, tenemos un programa de descuentos. Para saber si califica, por favor dénos la siguiente información

Nombre del paciente/garante: (1) _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

Nombre del paciente: (2) _____ Fecha de nacimiento: _____ Teléfono: _____

¿Cuántas personas se mantienen con estos ingresos? Use el número de personas quienes viven en la misma vivienda y quienes comparten los mismos ingresos, comida y renta. Ese número puede incluir usted, su esposa(o), y/o cualquier dependiente.

Otros miembros de la familia:

(3)	Nombre	Fecha de nacimiento	(6)	Nombre	Fecha de nacimiento
(4)			(7)		
(5)			(8)		
(9)			(10)		

Indique todo recurso de ingresos para su familia. Por favor marque todo lo que se aplica.

<input checked="" type="checkbox"/>	Prueba de ganancias	Cantidad	<input checked="" type="checkbox"/>	Prueba de ganancias	Cantidad
	Impuestos del año previo			Sostén por miembro familiar	
	Sueldos y salarios			Fondos de pensión	
	Desempleo			Beneficios de veterano (VA)	
	Auto-empleo			Pensión	
	Seguro Social/ SSI			Becas	
	Compensación de Trabajadores			Otro (especifique):	
	Asistencia Pública/Estampillas de comida				
	Incapacidad			Trabajador migratorio (estime)	

En cuanto a lo mejor de mi reconocimiento, la información dada es verdad y correcta. Doy a La Clínica del Cariño permiso para verificar información sobre mi estado financiero. Entiendo que esta información debe ser proveído dentro de 30 días de la fecha de la visita para calificar para descuentos, y si no doy prueba de ingresos, seré responsable por el costo entero de la visita.

Firma del Paciente/Garante

Fecha de hoy

Auto declarado/sin ingresos

¿Cómo recibe comida y alberga/refugio? _____

Marque todo lo que es aplicable a su situación corriente: En parques/calles/debajo puentes Vivo en carro
 Hotel/motel Me quedo con otros—no renta Acampando/viajando sin ingresos Recién encarcelado

Firma del solicitante

Fecha de hoy

* * * * * **Para oficinista solamente** * * * * * **Para oficinista solamente** * * * * *

Verified Annual Income \$ _____ # in Household _____ Sliding Scale Level _____

Proof(s) of Income Taxes W-2's Other (specify) _____

Gross income is found on lines 34/35 of the tax form. Staff initial _____ Staff Name (Print) _____

Date verified & entered into Next Gen _____

Note: all fields must be completed. Attach all proof(s) of income to this application. If patient wishes discount to be retroactive, please check here.

Next Gen Chart No _____ Next Gen Account No _____

LA TABLA DE DESCUENTOS DE LA CLÍNICA - 2011

Los descuentos se basan en el tamaño y las ganancias de la familia. Encuentre el tamaño de su familia en la izquierda y compárelo con las ganancias para saber con que nivel de descuentos pueda calificar.

		Nivel de descuento		
		A	B	Ningún descuento
Descuentos * -->		\$20.00	\$25.00	Cobros en total

Tamaño de familia

	De	Hasta	De	Hasta	De	Hasta
1	0	16,335	16,336	21,780	21,781	-->
2	0	22,065	22,066	29,420	29,421	NINGÚN
3	0	27,795	27,796	37,060	37,061	-->
4	0	33,525	33,526	44,700	44,701	-->
5	0	39,255	39,256	52,340	52,341	-->
6	0	44,985	44,986	59,980	59,981	-->
7	0	50,715	50,716	67,620	67,620	-->
8	0	56,445	56,446	75,260	75,261	-->
9	0	62,175	62,176	82,900	82,901	-->
10	0	67,905	67,906	90,540	90,541	-->
11	0	73,635	73,636	98,180	98,181	-->
12	0	79,365	79,366	105,820	105,821	NINGÚN

Nivel Federal de Pobreza	0% - 150%	151% - 200%	> 200%
--------------------------	-----------	-------------	--------

Esta tabla es solamente para la información del paciente. Descuentos actuales se calculan por Representantes de Negocios de La Clínica y podrían variar.

*Descuentos- incluyen a la mayoría de servicios y suministros. Algunos servicios y suministros pueden tener cobros adicionales

LA TABLA DE DESCUENTOS DE LA CLÍNICA - 2011