



TARIFA DE DESCUENTO/ PLAN DE ASISTENCIA FAMILIAR

Es póliza de **Families Together of Orange County** el bienestar para proporcionar servicios esenciales, independientemente de la capacidad del paciente para pagar. Se ofrecen descuentos en función de los ingresos familiares y el tamaño de su familia. Por favor complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en el centro pero no a aquellos servicios fuera de la Clínica, tales como pruebas de laboratorio, medicamentos, interpretación de rayos X por un radiólogo consultor, y servicios similares. Con la esperanza de que su economía mejore, los descuentos se aplican solo a los servicios actuales y no futuros. Este formulario debe ser completado para cada visita. Por favor consulte en la recepción si tiene preguntas.

* Número de personas relacionadas que viven en su hogar:

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	MEDIO NOMBRE
NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA DE SU HOGAR:		
PLAN DE SEGURO DE SALUD:		
DIRECCION:	CIUDAD:	CODIGO POSTAL:
		SS#:
TELEFONO DE CASA:		CELULAR:
		TELEFONO DE TRABAJO:
EMPLEADOR:		OCUPACION:

PORFAVOR, NOMBRE DE UD., CONYUGE Y DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
UD. MISMO		DEPENDIENTE #3	
CONYUGE		DEPENDIENTE #4	
DEPENDIENTE #1		DEPENDIENTE #5	
DEPENDIENTE #2		DEPENDIENTE	

FUENTE	SI MISMO	CONYUGE	OTRO	TOTAL
Brutos, salario, propinas, etc.				
Seguro social, pensión, ingreso anual, y beneficios de veterano				
Pensión alimenticia, manutención de menores, asignaciones familiares militares				
Ingresos de negocio, empleo de ud. y sus dependientes				
Renta, interes, dividendos y otros ingresos				
INGRESOS TOTALES				

Nota: incluir los ingresos de todas las personas relacionadas en el hogar y los ingresos de todas las fuentes, incluyendo salarios brutos, propinas, seguridad social, incapacidad, pensiones, ingreso anual, pagos de veteranos, negocios netos o de auto-empleo, pensión alimenticia, manutención de los hijos, militares, desempleo, ayuda pública y otros.



LISTA DE VERIFICACION (INCLUYENDO COPIAS)	SÍ	NO
Identificación/dirección: licencia de conducir, certificado de nacimiento, identificación del empleo, tarjeta de la seguridad social, o otro		
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, tres talones de pago más recientes, o otros que verifiquen su ingreso		
Seguro de Salud: Tarjeta(s)		
Medical: aplicación hecha o evidencia de rechazo		

Certifico que el tamaño de familia y la información de ingresos que se muestra arriba es correcta. Se pueden requerir copias de declaraciones de impuestos, talones de pago y otra información que verifique los ingresos antes de aprobar un descuento.

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____

USO DE LA OFICINA SOLAMENTE	
Nombre del paciente: _____	Descuento: _____
Fecha de servicio: _____	Aprovado por: _____