



SOLO USO DE PERSONAL

CHART #

**ESCALA DE TARIFA DE DESCUENTO / Y
SOLICITUD DE PLAN DE ASISTENCIA FAMILIAR**

Es política de Families Together of Orange County proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos dependiendo de los ingresos y el tamaño de la familia. 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 que se compran desde el exterior, como pruebas de laboratorio, medicamentos, interpretación de rayos X por un radiólogo y servicios similares. Con la esperanza de que su salud económica mejore, los descuentos se aplican solo a los servicios actuales, no futuros. Este formulario debe completarse anualmente y/o si hay algún cambio. Por favor, pregunte en la recepción si tiene alguna duda.

INFORMACION DEL JEFE DE FAMILIA			
APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	
NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES QUE VIVEN EN SU HOGAR:			
PLAN DE SEGURO MEDICO:	SS #:		
DIRECCION:	CIUDAD:	ESTADO:	ZIP:
CELULAR#:	TLF. DE CASA#:	EMAIL:	
EMPLEADOR:	OCUPACION:	TLF.DE TRABAJO#:	

ENUMÉRESE A USTED MISMO, CÓNYUGE Y DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS		
	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO
USTED MISMI		
ESPOSA(O)		
DEPENDIENTE # 1		
DEPENDIENTE # 2		
DEPENDIENTE # 3		
DEPENDIENTE # 4		
DEPENDIENTE # 5		
DEPENDIENTE # 6		

INFORMACION DE INGRESOS				INCOME
FUENTE	USTED:	ESPOSA(O):	OTROS:	TOTAL:
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.				
Seguro social, pensión, anualidad y beneficios de veteranos				
Ingresos de pensión alimenticia, asignaciones familiares y militares				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Ingresos por rentas, intereses, dividendos y otros ingresos				
TOTAL IMGRESOS:				

Nota: Incluya los ingresos de todas las personas relacionadas en el hogar y los ingresos de todas las fuentes, incluidos los salarios brutos, propinas, seguridad social, discapacidad, pensiones, anualidades, pagos de veteranos, negocios netos o trabajo por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención de niños, servicio militar, desempleo, ayuda pública , y otra.

LISTA DE VERIFICACIÓN (Adjuntar copias)	SI	NO
Identificación/Dirección: licencia de conducir, acta de nacimiento, identificación de empleo, tarjeta de seguro social u otra		
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, talones de pago más recientes u otros		

Certifico que la información sobre el tamaño de familia y los ingresos que declaro es correcta. Copias de declaraciones de impuestos, talones de pago, es posible que se requiera otra información que verifique los ingresos antes de que apruebe un descuento.

NOMBRE: _____ FIRMA: _____ FECHA: _____

OFFICE USE ONLY	
PATIENT NAME:	DISCOUNT:
DATE OF SERVICE:	APPROVED BY: