

Today's Date: _____

Account #: _____



APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS ESCALONADOS

Nombre del paciente:		Fecha de nacimiento:
Dirección:		Condado:
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de seguro social:	Teléfono:	Email:

¿Tiene seguro médica?:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	<i>Si tiene seguro médica por favor presente su tarjeta de seguro en la recepción. Esto no afecta su elegibilidad para el programa de descuentos escalonados.</i>
¿Tiene seguro dental?:	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	

Para propósito de esta aplicación familia es un grupo de individuos, relacionados o no relacionados, que viven juntos o separados, los cuales su manutención depende de los mismos recursos. No incluya a individuos que viven con usted, pero tienen su propio ingreso y no depende del ingreso de los individuos anotados en esta aplicación.

	Nombre de los miembros de la familia	Relación con usted:	Fecha de nacimiento:	Empleador:	Ingresos y cuan a menudo los recibe, seminal, bisemanal, mensual, anual:
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

El descuento para el cual califique está basado en las guías de pobreza federal y es válido para todos los servicios recibidos en cualquier clínica de Contentnea Health por periodo de un año a partir de la fecha de elegibilidad. No obstante, ciertos servicios tienen diferentes tarifas de descuentos basado en los materiales y el equipo necesario (por ejemplo, dentaduras postizas, coronas, puentes, IUDs, etc.). Si desea aplicar para el programa de descuentos escalonados por favor pida una aplicación en la recepción.

Al firmar esta aplicación usted reconoce lo siguiente:

- Debe proveer evidencia de ingresos aceptable incluyendo los últimos dos talonarios de pago y/o la declaración de impuestos más reciente para todos los miembros de la familia en esta aplicación.
- Debe notificarnos cualquier cambio de dirección, número de teléfono, tamaño de la familia, ingresos o estatus de seguro médico dentro de 30 días.
- Nos autoriza a contactar a su empleador para verificar la información concerniente a sus ingresos si así lo necesitamos.
- Si califica para el programa de descuentos escalonados, usted debe completar una nueva aplicación y recalificar anualmente.

Doy fe con mi firma más abajo que toda la información es cierta y precisa y estoy de acuerdo en seguir las condiciones del programa de descuentos escalonados.

<i>Firma</i>	<i>Fecha:</i>

For internal use only:

Account #:	Application Date:	Ending Date:
Family Size (<i>patient + family members</i>):	Income:	Per (circle one): Year Week Month
Qualifies: YES NO	Sliding Fee: A B C D	Staff Initials: