

**Cuidados de salud para personas sin hogar
Solicitud para descuentos/ajustes de escala móvil**

Nombre del paciente: _____

Fecha de Servicios: _____

La política de Health Care for the Homeless es la de proveer servicios esenciales sin importar la capacidad del paciente para pagar. Se ofrecen descuentos según el tamaño y los ingresos de la familia. Por favor llene la siguiente información y devuélvalo a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

Este descuento se aplicará a todos los servicios proveídos por esta clínica, pero no cubrirá las cuentas de los servicios proporcionados fuera de esta clínica. Por ejemplo, exámenes de laboratorio que no ofrece nuestra clínica, medicamentos e interpretación de radiografías hecha por un radiólogo consultor.

Con la esperanza de que su situación financiera mejore, los descuentos se aplican solo por un período de 6 meses. Cada seis meses deberá rellenar este formulario para ser evaluado. Si tiene preguntas, por favor hágalas con el personal de recepción.

Número de familiares que viven en su hogar: _____

Total de ingresos de la familia: (llene una columna)

Miembro de la Familia	Ingresos de la Familia (llene una columna)		
	Anual	Mensual	Quincenal
Usted			
Cónyuge			
Hijos Dependientes menores de 18 Años			
Total			

Nota: Incluya todas las fuentes de ingresos. Incluya sueldos brutos, propinas, seguro social, incapacidad, pensiones, anualidades, pagos de veteranos, negocio neto o trabajo autónomo, pensión conyugal, manutención, militar, desempleo, y asistencia pública.

Certifico que los datos antedichos referentes a los ingresos y al tamaño de la familia son correctos. Pueden requerirse que proporcione copias de las declaraciones de impuestos, talones de cheques, y cualquier otra información que verifique los ingresos antes de que el descuento sea aprobado.

Nombre (Imprima)

Firma/Fecha

Office Use Only		
Discount Level: (please circle) A – B – C – D - E - F		
Amount Owed \$ _____	Amount Paid _____	Payment Type _____
_____ Staff Member's Signature/Date		
Revised 08/07/2015		