



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS DE HONORARIOS

___ No estoy interesado en revelar mi información financiera, por lo tanto, mi familia y yo no somos elegibles para el programa de descuento de tarifa deslizando.

___ Estoy interesado revelar mi información financiera para una evaluación del programa de descuento de tarifa deslizando.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		Fecha de hoy: / /	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Número de teléfono:		Otros Nombres:	

TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DE LA VIVIENDA (INCLUYÉNDOSE A USTED)			
Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Edad (en años)
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

DECLARE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA VIVIENDA (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES.)					
	Usted	Cónyuge	Niños	Otros	
Empleo					
Seguro Social					
Asistencia Pública					
Pensión de Retiro					
Manutención de los hijos, Pensión por divorcio o separación					
Otros Ingresos					
TOTAL	\$	\$	\$	\$	\$

VERIFICACIÓN DE INGRESO

- Adjunto se encuentra mi documentación de ingresos— registros de impuestos, talones de pago, carta del empleador, etc.
- No tengo documentación para verificar mis ingresos. (Por favor marque las opciones que le aplican.)
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Me pagan en efectivo. | <input type="checkbox"/> No presenté una declaración de impuestos el año pasado. |
| <input type="checkbox"/> No recibo cheques de pago o talones de pago. | <input type="checkbox"/> No puedo recibir una carta de mi empleador. |



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTOS DE HONORARIOS

INFORMACIÓN DEL PACIENTE			
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:

Por el presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y entender. Estoy de acuerdo que cualquier información engañosa o falsa, y / u omisiones pueden descalificarme a mí y mi familia de la consideración adicional para el programa de descuento de tarifa deslizando y me someterá a sanciones bajo las leyes federales que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, acepto informar a Unicare Community Health Center si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si la aceptación del programa de descuento de tarifa deslizando se obtiene bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones de Unicare Community Health Center. Por la presente reconozco que he leído y entiendo la divulgación anterior.

FIRMA FECHA

ESCRIBA SU NOMBRE

INTERNAL USE ONLY

Income verification using (Circle One):

Previous Year Tax Return
 Payroll Check Stubs
 Proof of Social Security benefits (or other benefits)
 Self-Attestation Form
 Employer Letter
 Other (Specify): _____

Annual Gross Income Calculations:

Weekly (1 week pay stub or total pymts) Biweekly (2 weekly pay stubs or 1 biweekly pay stub or total pymts)
 \$ _____ *52= \$ _____ \$ _____ *26 = \$ _____

Previous Year Tax Return
 1040 Line 7 \$ _____

Eligible Family Size: _____ Total Gross Household Income: \$ _____ Scale: _____

REVIEWED BY: UCHC STAFF (SIGNATURE) DATE

APPROVAL BY: OFFICE MANAGER (PRINT NAME) SIGNATURE