

**University of Houston**  
**Speech, Language and Hearing Clinic**  
100 Clinical Research Center  
Houston, TX 77204-6018  
713-743-0915

Attached is an application for fee reduction for services to be provided by the University of Houston Speech, Language and hearing Clinic. You do not need to provide all of the items listed, but we do need to see some written proof of the amount you earn, whether from a salary, from rental property, or some government agency.

**Provide one or more of the items listed below:**

- ◇ Paycheck stub (a copy will suffice). State how often you are paid: weekly, monthly, twice a month.
- ◇ Copy of your most recent W-2 form.
- ◇ Copy of income tax return for the most recent year or quarter
- ◇ Copy of Social Security award letter: If you do not have this call the Social Security office and ask for one.
- ◇ Copy of letter awarding food stamps: If you do not have this call your case worker or Dept. of Human Services.
- ◇ Copy of an award letter for any government support.
- ◇ Letter signed by employer (on company letterhead) stating how much you make and how often you receive that amount.
- ◇ Forms approving or denying unemployment compensation or workmen's compensation.
- ◇ Signed letter that states you are not receiving any income and why. If you have been employed during the past year, please send a copy of you paycheck stub or letter from you former employer.
- ◇ Bank statement showing direct deposits from social security, paycheck deposit, or any other deposits from income earned.

**Applications must be complete before they can be process**

---

Adjunta esta la solicitud de reducción de costos por los servicios que proporciona la clínica de la Universidad del Habla, Lenguaje y Audición. No se necesita proveer TODOS los artículos en esta lista, pero necesitamos ver alguna documentación estableciendo su nivel de ingresos (de sueldo, de propiedad de alquiler, o alguna agencia de gobierno, etc.)

**Favor de proveer uno o más tipos de prueba de ingresos descritos a continuación:**

- Talón de cheque (una copia se aceptara). Indique con qué frecuencia se le paga: por semana, mensual o dos veces al mes.
- Copia del formulario W-2 mas reciente.
- Copia del reembolso de impuestos del año mas reciente o trimestre.
- Copia del seguro social: si no la tiene puede hablar a su agente o El Departamento de Servicios Humanos.
- Una carta del Departamento de Recursos Humanos en relación a estampillas de comida o TANF.
- Carta con firma del empleador (En una carta de empresa) indicando cuanto gana y con que frecuencia recibe la cantidad.
- Formas de compensación de desempleo o de compensación del trabajador indicando aprobación o desaprobación.
- Información financiera de la persona que recibe los ingresos o la persona que lo/a apoya.
- Carta firmada por solicitante indicando porque no está recibiendo cualquier ingreso y porque. Si usted ha sido empleado durante los tres meses pasados, sin embargo, por favor de mandar una copia de su talón de cheque o carta de su empleador anterior.
- Estados de cuenta bancaria mostrando depósitos directos del seguro social, depósitos de pago, o cualquier depósito de ingresos adquiridos.

**La Solicitud debe estar completa antes de que pueda ser procesada**

**UNIVERSITY SPEECH, LANGUAGE AND HEARING CLINIC**  
**A UNITED WAY FACILITY**  
100 Clinical Research Center  
Houston, Texas 77204-6018  
713-743-0915

**APPLICATION FOR/SOLICITUD DE: (CIRCLE ONE/MARQUE UNO)**

- **FEE REDUCTION AND HEARING AID ASSISTANCE PROGRAM**  
Reducción de costos y Programa de asistencia para aparatos auditivos
- **FEE REDUCTION FOR SPEECH THERAPY**  
Reducción de costos para terapia de habla

**CONFIDENTIAL INFORMATION**  
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

**PATIENT'S NAME/NOMBRE DEL PACIENTE** \_\_\_\_\_

**DATE OF APPLICATION/FECHA DE APLICACION** \_\_\_\_\_

**1. Head of Household/Encargado del hogar**

**Name/Nombre** \_\_\_\_\_

**Address/ Dirección** \_\_\_\_\_ **Home Telephone/ Teléfono de hogar** \_\_\_\_\_

**City/ Ciudad** \_\_\_\_\_ **State/ Estado** \_\_\_\_\_ **Zip Code/ Código Postal** \_\_\_\_\_

**Employer/ Empleador** \_\_\_\_\_ **Business Phone/ Teléfono de negocio** \_\_\_\_\_

**Monthly Household Income/ Salario Mensual** \_\_\_\_\_

**2. Spouse's Name/Nombre de su esposo (a)** \_\_\_\_\_

**Address/ Dirección** \_\_\_\_\_ **Home Telephone/ Teléfono de hogar** \_\_\_\_\_

**City/ Ciudad** \_\_\_\_\_ **State/ Estado** \_\_\_\_\_ **Zip Code/ Código Postal** \_\_\_\_\_

**Employer/ Empleador** \_\_\_\_\_ **Business Phone/ Teléfono de negocio** \_\_\_\_\_

**Monthly Income/ Salario Mensual** \_\_\_\_\_

**3. Insurance Type/Tipo de seguro médico** \_\_\_\_\_ **Policy #/ Número de póliza** \_\_\_\_\_

**4. Other sources of income/ Otras fuentes de ingresos (child support/ manutención de menores, rent/renta, food stamps/ cupones de alimentos, etc.) \$** \_\_\_\_\_

**5. Other dependents within household/ Otros dependientes en el hogar** \_\_\_\_\_

---

**I certify the above information is accurate to the best of my knowledge/ Certifico que la información anterior es exacta a lo mejor de mi conocimiento.**

---

<b>Print Name/Nombre</b>	<b>Signature/Firma</b>	<b>Date/Fecha</b>	<b>Relation to Patient/ Relación al cliente</b>
--------------------------	------------------------	-------------------	---

---

**OFFICE USE ONLY: Fee Reduction Approved: YES \_\_\_\_\_ % NO \_\_\_\_\_ %**  
**Hearing Aid Assistance Program Approved: YES \_\_\_\_\_ % NO \_\_\_\_\_ %**

**Business Office Representative:** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_