



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 para que no podamos seguir siendo considerados para el programa de descuento de honorarios y me someterá a sanciones de acuerdo con las leyes federales, que pueden incluir multas y encarcelamiento. También estoy de acuerdo en informar a Unicare Community Health Center si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación del programa de descuento de honorarios 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 37 \$ _____
 1040A Line 21 \$ _____
 1040EZ \$ _____

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

REVIEWED BY: UCHC STAFF (SIGNATURE & PRINT NAME) _____ DATE _____

APPROVAL BY: OFFICE MANAGER (PRINT NAME) _____ SIGNATURE _____