Aplicación deslizante Escala de Tarifa

Información del paciente		El día de hoy: / /	
Nombre:	Medio:	Apellido:	Otro Nombre:
Telefono #: ( ) -		Fecha de nacimiento: / /	
Seguro Social # - -	Tienes seguro? (circule uno) Si No		Nombre de la compañía aseguradora:

Tamaño del hogar			Tamaño de la familia _____
Nombre	**Relacion**	**Fecha de nacimiento**	**Número de seguro social**
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -

Ingreso Familiar (Por favor anote su ingreso bruto)			
Nombre	**Cantidad**	**Frecuencia (Circule uno)**	**Empleador:**
Tu	$	Semanal Mensual Anual	
Esposo/a	$	Semanal Mensual Anual	
Niños	$	Semanal Mensual Anual	
Otro	$	Semanal Mensual Anual	
	$	Semanal Mensual Anual	
TOTAL	$	Semanal Mensual Anual	

Otro Ingresos	Tu	Esposo/a	Niños	Otro	Total Parcial
Seguridad Social					
Asistencia pública					
Pensión de retiro					
Cupones de alimentos					
Sustento de menores					
Margen					
Otro					
				TOTAL	**$**

Yo juro afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Estoy de acuerdo que cualquier información falsa o falsificada, y / o omisiones me puede descalificar de una consideración adicional para el programa móvil de tarifas y que me sujeto a sanciones bajo las leyes federales que pueden incluir multas y prisión. También estoy de acuerdo para informar Unicare Community Health Center si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación al programa móvil de tarifas en esta solicitud, voy a cumplir con todas las reglas y regulaciones del Centro de Salud Unicare Comunidad. Por la presente reconozco que he leído y entendido la descripción anterior.

Firma: _____ Date: _____

Reviewed by UCHC Staff: _____ Date: _____ Approval: Yes/No Scale: _____