



Aplicación deslizable 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	
Espos/a	\$	Semanal Mensual Anual	
Niños	\$	Semanal Mensual Anual	
Otro	\$	Semanal Mensual Anual	
	\$	Semanal Mensual Anual	
TOTAL	\$	Semanal Mensual Anual	

Otro Ingresos	Tu	Espos/a	Niños	Otro	Total Parcial
Seguridad Social					
Asistencia pública					
Pensión de retiro					
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 a Unicare Community Health Center si hay un cambio significativo en mis ingresos o tamaño de mi familia. Si se obtiene la aceptación al programa móvil de tarifas en esta solicitud, voy a cumplir con todas las reglas y regulaciones de Unicare Community Health Center. Por lo presente reconozco que he leído y entendido la descripción anterior.

Firma: _____ Date: _____

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