



## Aplicación deslizable Escala de Tarifa

<b>Información del paciente</b>			<b>El día de hoy:</b> /      /	
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	
<b>TOTAL</b>	\$	Semanal Mensual Anual	

Otro Ingresos	Tu	Esposo/a	Niños	Otro	Total Parcial
Seguridad Social					
Asistencia pública					
Pensión de retiro					
Sustento de menores					
Margen					
Otro					
				<b>TOTAL</b>	\$

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: \_\_\_\_\_