

Aplicación del Programa de Descuentos de Family First Health



“Family First Health” es un centro de salud sin fines de lucro. Recibimos dinero de diversas fuentes para proveer cuidado médico y dental, basado en su ingreso y tamaño familiar. Para que usted pueda recibir una reducción en su cuenta, necesitamos que usted complete la siguiente información y proporcione prueba de ingreso. *La información de ingreso será actualizada cada año.*

Si usted piensa que el ingreso bruto o grueso de su hogar es muy alto para cualificar, por favor marque aqui. _____

Apellido, Nombre De los miembros del hogar	Parentesco	Esta persona tiene seguro médico? Favor circular	Ingreso Mensual	Fecha de Nacimiento	# de cta Uso del personal de FFH solamente
	Yo mismo(a)	Si/No Para Si, cuál::			
	Cónyuge (legal)	Si/No Para Si, cuál::			

**Añada los niños/dependientes en la parte de atrás de esta aplicación.*

Dirección: _____ Apt.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ En qué compañía trabaja: _____
¿Ofrecen seguro médico? (circule) Sí o No

Si ésta es su primera visita, usted recibirá un descuento basado en la información que usted nos proveyó verbalmente. Para continuar este descuento usted debe proveer prueba de ingreso. Si la información de ingreso no es proveída usted no será elegible para el descuento. Favor de enviar por correo o traer prueba de ingreso a “Family First Health” antes de su próxima cita.

-Talonarios para cada miembro del hogar que trabaja: *2 talonarios si le pagan quincenal *4 talonarios si le pagan semanal	-Cheque de desempleo
-Cheques de pensión o manutención	-Cheque de Incapacidad o la carta (SSI)
-Cheques de compensación del trabajo	-Declaración de Impuestos o W2
-Otros recursos de ingreso no mencionados	-Declaración de Impuestos y el Formulario C (si trabaja por si mismo)

Certifico por este medio que toda la información dada en forma es correcta y completada al mejor de mi conocimiento. Se le concede permiso a “Family First Health” de verificar cualquier información necesitada para determinar mi elegibilidad. Entiendo que toda la información es confidencial y será utilizada únicamente para el programa de descuento. **ENTIENDO QUE SI NO PROVEO PRUEBA DE INGRESOS LAS PROXIMAS CITAS NO SERAN REDUCIDAS CON EL DESCUENTO.**

Firma del Paciente

Date

Apellido, Nombre De todos los miembros del hogar	Parentesco	¿Esta persona tiene seguro médico? Por favor circule	Ingreso Mensual	Fecha de Nacimiento	# cta Uso del personal de FFH solamente
	Niño(a)/Dependiente #1	Si / No Tipo de seguro:			
	Niño(a)/Dependiente #2	Si / No Tipo de seguro:			
	Niño(a)/Dependiente #3	Si / No Tipo de seguro:			
	Niño(a)/Dependiente #4	Si / No Tipo de seguro:			
	Niño(a)/Dependiente #5	Si / No Tipo de seguro:			
	Niño(a)/Dependiente #6	Si / No Tipo de seguro:			

POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

**FOR PATIENT BENEFITS AND ENROLLMENT SERVICES DEPARTMENT USE ONLY
SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPROVAL**

INCOME AMOUNT \$ _____ DISCOUNT _____ FAMILY SIZE _____

PRIMARY HOUSEHOLD ACCT #: _____

EFFECTIVE FROM DATE _____

EFFECTIVE THROUGH & REVIEW DATE _____

DATE APPLICATION APPROVED _____

PATIENT BENEFITS REP INITIALS _____

