

Aplicación del Programa de Descuentos de Family First Health

“Family First Health” es un centro de salud sin fines de lucro. Recibimos fondos de diversas fuentes para proveerle su cuidado médico y dental basado en su ingreso y tamaño de familia. Para que usted pueda recibir una reducción en su factura, necesitamos que usted complete la siguiente información y provea pruebas de todos los ingresos del hogar. *La información de ingresos será actualizada cada año.*

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

Apellido, Nombre De todos los miembros del hogar	Parentesco	¿Esta persona tiene seguro médico? Favor circular	Ingreso Mensual	Fecha de Nacimiento	# de cta. para el personal de FFH
	Yo mismo(a)	Sí/No Tipo de seguro:			
	Cónyuge (legal)	Sí/No Tipo de seguro:			

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

Dirección: _____ Appt.: _____

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 una prueba de ingresos. Si no se provee la información sobre sus ingresos usted no será elegible para el descuento. Favor de enviar por correo o traer a “Family First Health” la prueba de todos los ingresos necesarios antes de su próxima cita.

-Talonarios de cada miembro del hogar que trabaja: *De preferencia 2 – 4 talonarios de cheque	-Cheques de desempleo
-Cheques de pensión o manutención	-Cheques del programa de SSI de un mes o la carta
-Cheques de compensación del trabajo	-Declaración de impuestos o el W2
-Otros recursos de ingreso no mencionados	-Declaración de impuestos y el Formulario C (si es empleado por su propia cuenta)

Certifico, por este medio y bajo mi mejor conocimiento, que toda la información incluida en este formulario es correcta. Se le concede permiso a “Family First Health” de verificar cualquier información necesaria para determinar mi elegibilidad. Entiendo que toda la información es confidencial y será utilizada únicamente para el programa de descuento. **ENTIENDO QUE SOLO LAS APLICACIONES COMPLETAS CON LAS PRUEBAS DE INGRESOS NECESARIAS SERÁN PROCESADAS, CUALQUIER OTRA SERÁ DEVUELTA.**

Firma del Paciente

Fecha de la visita

Apellido, Nombre De todos los miembros del hogar	Parentesco	¿Esta persona tiene seguro médico? Favor circular	Ingreso Mensual	Fecha de Nacimiento	# cta. para el personal de FFH
	Niño(a)/Dependiente #1	Sí / No Tipo de seguro:			
	Niño(a)/Dependiente #2	Sí / No Tipo de seguro:			
	Niño(a)/Dependiente #3	Sí / No Tipo de seguro:			
	Niño(a)/Dependiente #4	Sí / No Tipo de seguro:			
	Niño(a)/Dependiente #5	Sí / No Tipo de seguro:			
	Niño(a)/Dependiente #6	Sí / 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 _____

