



<input type="checkbox"/> First Time
<input type="checkbox"/> Renewal

FORMULÁRIO DE ELEGIBILIDADE PARA TAXA DESLIZANTE

Nome do Paciente: _____
Data de nascimento: _____
Cuidador de família: _____
Número de Telefone: _____
E-mail: _____
Idioma preferido: English Spanish Other: _____

Tamanho da família

(Inclua você, seu cônjuge, filhos e quaisquer dependentes em sua casa)

	NOME	DOB	Relação
Cuidador de família			
Pessoa 2			
Pessoa 3			
Person 4			
Pessoa 5			

Renda Anual

Remunerações(Salário):	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal
Trabalho por conta própria:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quinzenal <input type="checkbox"/> Mensal
Outras receitas do governo:	\$ _____	<i>(Unemployment, Worker's Comp, SSI, etc.)</i>
Outros rendimentos pessoais:	\$ _____	<i>(Aluguéis, Pensões, Renda de Aposentadoria, etc.)</i>
Renda Anual Total:	\$ _____	

Informações sobre seguros

- **Você tem alguma cobertura de seguro?** Sim Não
- **Se sim, nome da seguradora:** _____
- **Número da apólice:** _____
- **Você está solicitando o desconto de taxa variável para serviços não cobertos pelo seguro?**
 Sim Não

Acordo e Assinatura

Ao assinar este formulário, Certifico que as informações fornecidas são verdadeiras e corretas. Entendo que:

- Os descontos são baseados no tamanho da família e na renda
- **Se eu não fornecer a documentação necessária para minha próxima visita, serei cobrado pela taxa integral**
- Este pedido deve ser renovado a cada 12 meses.
- O desconto aplica-se aos serviços no local e não cobre serviços ou equipamentos externos.

Recuso o pedido de desconto de taxa variável

Paciente/Cuidador de família

Data de Assinatura





<input type="checkbox"/> First Time
<input type="checkbox"/> Renewal

FORMULÁRIO DE ELEGIBILIDADE PARA TAXA DESLIZANTE

Nome do Paciente: _____

Virar

Data de nascimento: _____

Requisitos de documentação do programa de desconto de taxa móvel

Para se qualificar para a Tabela de Taxas Variáveis, você deve fornecer documentação verificável dentro de 14 dias a partir de hoje. A documentação aceitável inclui pelo menos UM dos seguintes:

- **Declaração de imposto recente**
- **Seguro Social, Desabilitado, or Declarações de benefícios de desemprego**
- **Se empregado:** Os recibos do último mês são obrigatórios
- **Todos os outros:** Declaração autenticada necessária

****Se a documentação necessária não for fornecida na sua próxima visita, você será cobrado pela taxa integral.**

FOR OFFICE USE ONLY

Guarantor Account Number: _____

- Self-declared first visit
- Income verification requested
- Income verification not obtained
- Income verification obtained

Sliding Fee Discount Applied:

LEVEL: A B C D

Sources of Income Verification:

- Form 1040
- Social Security
- Form W-2
- Disability
- Pay Stubs
- Unemployment Letter
- Notarized Letter
- Other: _____

Date Obtained: _____



First Time

Renewal

FORMULÁRIO DE ELEGIBILIDADE PARA TAXA DESLIZANTE

Staff Signature: _____