

SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE TARIFA VARIABLE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente (DOB): _____

Nombre del jefe/a de familia: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Idioma de preferencia: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

Tamaño de la familia

(Inclúyase a usted, a su cónyuge, hijos y a cualquier dependiente de su hogar)

	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN
Jefe/a de familia			
Persona 2			
Persona 3			
Persona 4			
Persona 5			

Ingresos anuales

Sueldos (Salario):	\$ _____	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual
Trabajo por cuenta propia:	\$ _____	☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual
Otros ingresos del gobierno:	\$ _____	(Desempleo, compensación laboral, SSI, etc.)
Otros ingresos personales:	\$ _____	(Rentas, pensión, ingresos de jubilación, etc.)
Ingresos anuales totales:	\$ _____	

Información sobre el seguro

- ¿Tiene algún tipo de cobertura de seguro al día de hoy? ☐ Sí ☐ No
- En caso afirmativo, nombre del proveedor del seguro: _____
- Número de póliza: _____
- ¿Está solicitando el descuento de tarifa variable para servicios no cubiertos por el seguro? ☐ Sí ☐ No

Acuerdo y firma

Al firmar este formulario, certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta. Entiendo que:

- Los descuentos se basan en el tamaño de la familia y los ingresos.
- Si no proporciono la documentación requerida para mi próxima visita, se me cobrarán las tarifas completas.
- Esta solicitud debe renovarse cada 12 meses.
- El descuento se aplica solo a los servicios que se prestan en las instalaciones y no cubre los servicios o equipos externos.

☐ Rechazo la solicitud para el descuento de tarifa variable.

Firma del paciente o jefe/a de familia

Fecha de la firma



SOLICITUD DE ELEGIBILIDAD DE TARIFA VARIABLE

Nombre del paciente: _____

Fecha de nacimiento del paciente (DOB): _____

Requisitos de documentación para el programa de descuento de tarifa variable

Para calificar para el programa de tarifa variable, debe proporcionar documentación verificable en un plazo de 14 días a partir de hoy. La documentación aceptable incluye **UNO** de los documentos siguientes:

- **Declaración de impuestos más reciente**
- **Declaraciones de beneficios del Seguro Social, discapacidad o desempleo**
- **Si está empleado:** Se requieren los recibos de pago del último mes
- **Todos los demás:** Se requiere declaración ante notario

****Si no proporciona la documentación requerida para su próxima visita, se le cobrarán las tarifas completas.**

SOLO PARA USO DEL CONSULTORIO

Número de cuenta del garante: _____

- ☐ Primera visita autodeclarada
- ☐ Verificación de ingresos solicitada
- ☐ No se obtuvo la verificación de ingresos
- ☐ Verificación de ingresos obtenida

Se aplica un descuento de tarifa variable:

NIVEL: ☐ A ☐ B ☐ C ☐ D

Verificación de las fuentes de ingresos:

- ☐ Formulario 1040
- ☐ Seguro social
- ☐ Formulario W-2
- ☐ Discapacidad
- ☐ Recibos de pago
- ☐ Carta de desempleo
- ☐ Carta ante notario
- ☐ Otro: _____

Fecha de obtención: _____

Firma del personal: _____