

CROSSROAD HEALTH CENTER CUOTA de SOLICITUD de DESCUENTO

Fecha: _____

Nombre del Paciente: _____

Fecha de Nacimiento del Paciente: _____ Nombre del Guardian: _____

CUANTO DINERO GANA/RECIBE? \$ _____ semanal/mensual

Numero de Personas en su Hogar: _____ Ingresos Anuales del Hogar \$ _____

FUENTE DE INGRESOS

COMO TRAER PRUEBA	CANTIDAD DE INGRESOS	ALERTA HECHA	PRUEBA
El valor de un mes de pago, 2 talones recientes			SI NO
Carta de Informe Del Empleador – Estado de ingresos			SI NO
Formulario de Impuestos (W2)			SI NO
Esta usted trabajando por cuenta propia? Traer el recibo de pago que le da al IRS			SI NO
Mantenimiento de hijos? Traer declaración			SI NO
Beneficios del Desempleo? Traer declaración.			SI NO
Discapacidad del Seguro Social? (SSI, SSDI, SSRI) Traer declaración			SI NO
Declaración de cuidado de crianza de parte del Servicio del Trabajo y Familia			SI NO
Declaración de la escuela o military. Traer verificación.			SI NO
Yo vivo en un refugio. Traer una carta de su parte.			SI NO
Recibo cupones de alimentos o vivienda de Sección 8. Traer declaración de la agencia			SI NO
Recibo apoyo de la Familia/amistad. Traer una declaración de ellos.			SI NO

USTED DEBE TRAER PRUEBA---NO PODEMOS DAR DESCUENTO SIN EL!

_____ Entiendo que si no cumplo con traer prueba de ingresos para mi próxima visita (o dentro de 30 días) y el deseo de ser visto, yo seré requerido a pagar \$ 50 como pago parcial para la visita de ese día. El costo restante se facturará a mí (\$ 50 - \$ 100). No voy a ser capaz de obtener el descuento hasta que me traigan una prueba.

_____ Entiendo que tengo que pagar mi COPAGO (escala de precios) en cada visita.

FIRMA DEL PACIENTE / FECHA _____ **TESTIGO** _____

PARA USO DE LA OFFICINA
DESCUENTO SE EXPIRA _____