

# Crossroad Health Center Cuota de Solicitud de Descuento

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre de Guardian (si un menor): \_\_\_\_\_

Numero de Personas en su Hogar: \_\_\_\_\_

Si no tiene prueba de ingresos, por favor calcule cuánto dinero gana/recibe

\$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia ganas / recibes esto?  Semanal  Quincenal  Mensual  Anualmente

Si se trae prueba de ingresos:

Marque Uno	Como Traer Prueba	Cantidad de Ingresos	Duración del período de pago
<input type="checkbox"/>	El valor de un mes de pago, 2 talones recientes		
<input type="checkbox"/>	Carta de Informe Del Empleador – Estado de ingresos		
<input type="checkbox"/>	Formulario de Impuestos (W2)		Anualmente
<input type="checkbox"/>	Esta usted trabajando por cuenta propia? Traer el recibo de pago que le da al IRS		
<input type="checkbox"/>	Mantenimiento de hijos? Traer declaración		
<input type="checkbox"/>	Beneficios del Desempleo? Traer declaración.		
<input type="checkbox"/>	Discapacidad del Seguro Social? (SSI, SSDI, SSRI) Traer declaración		
<input type="checkbox"/>	Declaración de cuidado de crianza de parte del Servicio del Trabajo y Familia		
<input type="checkbox"/>	Declaración de la escuela o military. Traer verificación.		
<input type="checkbox"/>	Yo vivo en un refugio. Traer una carta de su parte.		
<input type="checkbox"/>	Recibo cupones de alimentos o vivienda de Sección 8. Traer declaración de la agencia		
<input type="checkbox"/>	Recibo apoyo de la Familia/amistad. Traer una declaración de ellos.		

**Usted DEBE traer prueba---No Podemos dar descuento sin el!**

\_\_\_\_\_ Entiendo que si no cumpla 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 oficina  
Descuento se Expira: \_\_\_\_\_