

PROMISE COMMUNITY HEALTH CENTER
APLICACION PARA ESCALA DE DESCUENTO

La escala de descuento es un método para reducir costos basado en el tamaño e ingresos del hogar. Para ser legible para este programa la aplicación debe ser completada con firma y fecha y sometida a la Coordinadora de Salud, junto con prueba de ingreso de los últimos 30 días para los miembros del hogar o comprobante de impuestos del pasado año.

Jefe de Familia: Apellido _____ Nombre _____ Tel _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Fuente de Ingresos: Aquellos que conformen el hogar. “Conformen el hogar” se consideran aquellas personas viviendo con usted en la misma dirección. Si su situación de vivienda es temporal, por favor informe a los miembros del centro acerca de la misma.

Fuente	Cantidad	Semanal	Bi-Semanal	Mensual	Anual
Salario o Sueldo (propio)	_____	[]	[]	[]	[]
Salario o Sueldo (conyugue)	_____	[]	[]	[]	[]
Salario o Sueldo (otro)	_____	[]	[]	[]	[]
Indemnización Laboral	_____	[]	[]	[]	[]
Seguro Social (Propio/Pareja)	_____	[]	[]	[]	[]
Seguro Social (Menores)	_____	[]	[]	[]	[]
SSI (Supplemental Security)	_____	[]	[]	[]	[]
Sustento de Menores	_____	[]	[]	[]	[]
Beneficios de Veterano	_____	[]	[]	[]	[]
Beneficios de Desempleo	_____	[]	[]	[]	[]
Otros	_____	[]	[]	[]	[]

Tamaño del hogar: Liste a todos los miembros del hogar con NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO Y RELACIÓN, inclúyase usted:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

LEA CUIDADOSAMENTE!!

Yo, he completado la aplicación de elegibilidad para el descuento y confirmo que esta información es certera y correcta a mi entendimiento. Entiendo que cualquier cambio financiero del hogar debe ser reportado a Promise Community Health Center y una nueva aplicación debe ser completada. Entiendo también, que la aplicación es revisada cada año con la posibilidad de cambios. Comprendo que cualquier falsificación o fallo al reportar cualquier cambio puede resultar en dejarme inelegible para los ajustes de descuento que se me ofrecen en la clínica.

Firma del aplicante _____ Fecha _____

