

# PROGRAMA DE DESCUENTOS DE TARIFA VARIABLE

## (SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION: SPANISH)

|                                                |             |                                                              |
|------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------|
| <b>Nombre del paciente:</b><br>Patient's Name: | <b>MRN:</b> | <b>Fecha (mes/dia/ano):</b><br>Today's Date (month/day/year) |
|------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------|

Debe proporcionar prueba de ingresos para cada miembro adulto del hogar. Ejemplo: una copia de la declaración de impuesto más reciente, o 2 talones de cheque recientes, o W2 más recientes, etc. Debe presentar los documentos dentro de 10 días posterior de la fecha de su solicitud.

| Nombre | Relacion | Edad | Cantidad de Ingresos | # Horas Trabajadas (por semana) | Frecuencia de pago                                                                     |
|--------|----------|------|----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
|        | Yo       |      |                      |                                 | <input type="checkbox"/> Salario por hora<br><input type="checkbox"/> Ingresos anuales |
|        |          |      |                      |                                 | <input type="checkbox"/> Salario por hora<br><input type="checkbox"/> Ingresos anuales |
|        |          |      |                      |                                 | <input type="checkbox"/> Salario por hora<br><input type="checkbox"/> Ingresos anuales |
|        |          |      |                      |                                 | <input type="checkbox"/> Salario por hora<br><input type="checkbox"/> Ingresos anuales |
|        |          |      |                      |                                 | <input type="checkbox"/> Salario por hora<br><input type="checkbox"/> Ingresos anuales |
|        |          |      |                      |                                 | <input type="checkbox"/> Salario por hora<br><input type="checkbox"/> Ingresos anuales |
|        |          |      |                      |                                 | <input type="checkbox"/> Salario por hora<br><input type="checkbox"/> Ingresos anuales |
|        |          |      |                      |                                 | <input type="checkbox"/> Salario por hora<br><input type="checkbox"/> Ingresos anuales |

**Tiene otras fuentes de ingresos no mencionadas? En caso de si, proporcione:**

(Desempleo, discapacidad/Compensación laboral, seguro social, pensiones, asistencia pública, etc) \$ \_\_\_\_\_  
(mensual)

**Numero total de personas en el hogar:**

(Incluyase usted/su conyuge, sus hijos y cualquier pariente dependiente sujeto a impuestos que viva con usted.)

Por la presente solicito a Elica Health Centers que determine mi elegibilidad para el programa de tarifas variables en funcion de la informacion que he enviado. Tambien entiendo que si se determina que la información que envío es falsa, sera responsable de todos los gastos del servicio. Al firmar esta solicitud, afirmo que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad informar a Elica Health Centers de todos los cambios en la informacion de mi seguro. En caso de no hacerlo, el pago total de todos los servicios sera mi responsabilidad.

**Firma del paciente/tutor legal:** \_\_\_\_\_  
Signature Guardian Legal/Patient

**Fecha:** \_\_\_\_\_  
Date:

### VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

- Household Income verified: ☐ Yes ☐ No (Patient will provide) ☐ No (Self-Declaration Form)
- If "No," date documents due: \_\_\_\_\_. Date documents provided: \_\_\_\_\_.
- SFDP Level: ☐ Slide A (< 100%) ☐ Slide B (101 - 124%) ☐ Slide C (125 - 149%)  
☐ Slide D (150 - 174%) ☐ Slide E (175 - 200%) ☐ Full Fee (> 200%)
- SFDP Expires: \_\_\_\_\_

Verified by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Social Care Referral: ☐ Yes ☐ No Date: \_\_\_\_\_