

Nombre del paciente: (Patient's Name)	MRN:	Fecha (mes/día/año):
--	-------------	-----------------------------

Rechazó participar en el programa de tarifas variables Iniciales y Fecha _____

Debe presentar pruebas 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 W-2 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 <input type="checkbox"/> Salario mensual <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Salario mensual <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)

Número total de personas en el hogar: (Incluyase usted/su cónyuge, 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 función de la información que he presentado. También entiendo que si se determina que la información que envío es falsa, será 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 información de mi seguro. En caso de no hacerlo, el pago total de todos los servicios será mi responsabilidad.

Firma del paciente/tutor legal: _____ **Fecha:** _____
 Signature Guardian Legal/Patient: _____ Date: _____

VERIFICATION AND DETERMINATION (Office Use Only)

1. Household Income verified: Yes No (Patient will provide) No (Self-Declaration Form)

2. If "No," Date documents due: _____ . Date documents provided: _____.

3. SFDP Level: Slide A (≤ 100%) Slide B (>100 - 125%) Slide C (>125 - 150%)
 Slide D (>150 - 175%) Slide E (>175 - 200%) Full Fee (> 200%)

4. SFDP Expires: _____

Verified by: _____ Date: _____

Social Care Referral: Yes No Date: _____