

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



**PROGRAMA DE DESCUENTOS DE TARIFA VARIABLE
(SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION: SPANISH)**

Nombre del paciente: (Patient's Name)	MRN:	Fecha (mes/dia/ano): 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 <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <input type="checkbox"/> Ingresos anuales
					<input type="checkbox"/> Salario por hora <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 envio 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)

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: _____