



APLICACIÓN PARA PROGRAMA DE DESCUENTO PARA ATENCIÓN MÉDICA/DENTAL/VISIÓN
SOMOS UN PROVEEDOR DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

Nombre de solicitante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____ MRN _____ (N.º de registro médico)

LISTE A SU ESPOSO(A)/PAREJA Y DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS

Solo para uso del personal/Office Use Only

Table with 7 columns: Number, Name (Apellido, Nombre), Fecha de nac., Relación, Apply SF, Q/A for Ins, MRN. Rows 1-6.

Número de miembros del hogar: _____ *Los miembros adicionales se pueden agregar al reverso de este formulario

NOTA: ANTES DE APROBAR EL DESCUENTO, SE REQUIERE PRESENTAR COPIA DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES, COLILLAS DE PAGO U OTRA INFORMACIÓN PARA VERIFICAR LOS INGRESOS.

IMPORTANTE: Los siguientes servicios no estan incluidos en el pago de la tarifa y seran cobrados por separado con un precio de descuento:
- Algunas pruebas de laboratorio enviadas fuera de nuestras instalaciones
- Anteojos
- Lentes de contacto (sin descuento adicional)
- Servicios dentales cosméticos

DECLARACIÓN: AL FIRMAR A CONTINUACIÓN, CERTIFICO QUE, A LA FECHA DE MI FIRMA, LAS PRUEBAS DE INGRESO CONSTITUYEN TODO MI INGRESO DEL HOGAR Y QUE LOS MIEMBROS DEL HOGAR SE ENCUENTRAN SOLAMENTE DEPENDIENTES DE ESE INGRESO O QUE LA EXPLICACIÓN PROPORCIONADA PARA VERIFICAR MI NIVEL DE INGRESO ES VERDADERA.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL/OFFICE USE ONLY

Table with 6 columns: Effective date, Expiration date, Total yearly income, Approved by, Initials, and five fee levels (Level 1-5) with corresponding discounts.

Income verification: [] Paycheck Stub(s) [] Support Statement [] Federal Income Taxes [] SSI Letter [] SSA Letter
[] Unemployment Letter [] Public Asistance [] Other _____

Notes: _____