



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

Nombre de solicitante _____ /_____/____ MRN _____
 Fecha de Nacimiento (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

	Nombre (Apellido, Nombre)	Fecha de nac.	Relación	Apply SF	Q/A for Ins:	MRN
1				Y / N	Y / N	
2				Y / N	Y / N	
3				Y / N	Y / N	
4				Y / N	Y / N	
5				Y / N	Y / N	
6				Y / N	Y / N	

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

Effective date: _____ Expiration date: _____ Total yearly income: \$ _____ Approved by: _____ Initials: _____	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Level 5
	Nominal fee (100% Disc)	25% pay (75% disc)	50% pay (50% disc)	75% pay (25% disc)	No Discount

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

Notes: _____