

**Solicitud para el programa de tarifas y descuentos variables**

Información del paciente			Fecha: (mes) _____ (día) _____ (año) _____	
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:	Otro nombre de uso:	
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección para recibir correspondencia:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Teléfono de domicilio: ( ) -	Teléfono celular: ( ) -			
Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ (mes) (día) (año)	Número de seguro social: - -	¿Tiene seguro médico? (marque con un círculo) Sí No		
Estado civil:	Soltero(a)	Pareja de hecho registrada	Casado(a)	Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)

**Aviso:** A fin de cumplir con los reglamentos federales, es necesario hacerle algunas preguntas personales para poder otorgarle un descuento en los aranceles por servicios médicos. Conservaremos sus respuestas de manera estrictamente confidencial. Usted deberá verificar su ingreso por lo menos una vez al año. Como comprobante de ingresos, puede presentar: una constancia de salario anual (Formulario W-2), talonarios de cheques de paga correspondientes al último mes, copias de los cheques del seguro social o de otros cheques que reciba. La cantidad de su descuento se calculará conforme a su ingreso anual y el número de integrantes en su familia.

**Su firma a continuación indica que autoriza al RUHS-Community Health Center (Centro Comunitario de Salud del RUHS – siglas en inglés para indicar el Sistema Universitario de Salud de Riverside) a que verifique la información presentada con relación a sus ingresos y el número de integrantes en su familia.**

Integrante de familia	Parentesco	Fecha de nacimiento mes / día / año	Número de seguro social
Nombre		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -
		/ /	- -

Ingresos de la familia					
Nombre	Cantidad	Frecuencia (circule uno)	Empleador	Dirección del empleador	Años que trabajó
Usted	\$	Semanal Mensual Anual			
Esposo(a)	\$	Semanal Mensual Anual			
Hijos	\$	Semanal Mensual Anual			
Otro	\$	Semanal Mensual Anual			
	\$	Semanal Mensual Anual			
<b>Total</b>	\$	Semanal Mensual Anual			

Otros ingresos	Usted	Esposo(a)	Hijos	Otro	Subtotal
Seguro Social					
Asistencia pública					
Pensión jubilatoria					
Manutención de hijos, Pensión alimenticia conyugal					
Ingreso por intereses devengados					
Otro					
Seguro Social				TOTAL	\$

Por la presente juro o declaro que, a mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud es correcta y verdadera. Comprendo que cualquier información engañosa, falsificada u omitida podría fundamentar que se me inhabilite de participar en el programa de tarifas y descuentos variables. Asimismo, entiendo que podría estar sujeto a sanciones establecidas por ley federal, las cuales podrían incluir multas y encarcelamiento. Acepto además informar al RUHS-Community Health Center de cualquier modificación importante en mis ingresos. Si mi solicitud es aprobada y si se me acepta al programa de tarifas y descuentos variables, cumpliré con toda norma y reglamento del RUHS-Community Health Center. Por la presente afirmo haber leído y entendido la información expuesta anteriormente.

Fecha: \_\_\_\_\_ Nombre y apellido (en letra de molde): \_\_\_\_\_

Signature (Patient/Parent/Guardian): \_\_\_\_\_