

Solicitud para Programa de Escala de Descuentos

Información del Paciente:			Fecha: / /	
Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Otros Nombres:	
Dirección de Casa:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección de Envío:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa: () -		Teléfono Celular: () -		
Fecha de Nacimiento: / /	Número de Seguro Social: - -		¿Tiene Seguro Médico? (marque uno) Si No	
Estado Civil:	Soltero(a) En una Relación Casado(a) Divorciado(a) Separado(a) Viudo(a)			

Tamaño de Hogar		
Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -

Ingreso del Hogar			
Nombre	Cantidad	Frecuencia (marque uno)	Empleador
Usted	\$	Semanal Mensual Anual	
Esposo(a)	\$	Semanal Mensual Anual	
Hijos	\$	Semanal Mensual Anual	
Otro Familiar	\$	Semanal Mensual Anual	
	\$	Semanal Mensual Anual	
TOTAL	\$	Semanal Mensual Anual	

Otros Ingresos	Usted	Esospo(a)	Hijos	Otro Familiar	Sub Total
Seguro Social					
Asistencia Pública					
Pensión de Retiro					
Estampillas de Comida					
Manutención/Pensión Alimenticia					
Ingresos de Intereses					
Otro					
				TOTAL	\$

NOTA: Para cumplir con regulaciones federales, es necesario que le hagamos unas preguntas personales para poder ofrecerle a usted un descuento en nuestros servicios médicos. Sus respuestas se mantendrán archivadas en estricta confidencia. Deberá verificar sus ingresos por los menos una vez al año. Su declaración de impuestos anual, una copia de su forma W-2, talones de cheque del último mes, copias de sus cheques del Seguro Social o otros cheques que haya recibido serán comprobante suficiente. Su ingreso anual y tamaño de familia será usado para calcular su descuento.

Yo juro y afirmo que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Estoy de acuerdo que cualquier información engañosa, falsificada y/o la omisión de información me puede descalificar de ser considerado(a) para el programa de escala de descuentos en el futuro y me sujetara a penalidades bajo Leyes Federales las cuales incluyen multas y prisión. También estoy de acuerdo de informa al Sistema de Salud Universitario de Riverside si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si aceptación al programa de escala se descuentos es aceptada bajo esta aplicación, cumpliré con las reglas y regulaciones de las Clínicas de Cuidado del Sistema de Salud Universitario de Riverside. Por la presente afirmo que he leído la descripción anterior y la comprendo.

Fecha: _____ Nombre (En letra de molde): _____

Firma: _____

Notificación de Prueba de Ingresos

Yo entiendo que la cuenta por los servicios médicos que estoy recibiendo hoy se me cobrara al 100%. Si le proporciono a la clínica pruebas de los ingresos familiares (esposo(a); padres de hijo(a) menor de edad) y este ingreso esta entre los limites financieros del Programa de Escala de Descuentos, mi responsabilidad financiera será reducida. Ejemplos de las pruebas de ingreso son: declaración de impuestos del año anterior, talones de cheque(s) de empleador con fecha de los últimos 30 días, carta de apoyo.

Yo entiendo que debo proveer comprobante de ingresos a la Clínica de Cuidado del Sistema de Salud Universitario de Riverside dentro de 5 días de la visita de hoy. Los comprobantes se requieren cada año para cada miembro de la familia según sea necesario o en cada visita si se está auto-certificando.

Firma _____ Fecha de Cita: _____

Escriba su nombre completo: _____