

RIVER HILLS COMMUNITY HEALTH CENTER APLICACION DE DESCUENTO

La escala de descuento es un método para proveer una tarifa reducida, basada en la cantidad de ingresos por familia. En manera para requerir los requisitos necesarios para este programa, la siguiente aplicación tendra que ser submetida y dar a la recepcionista, junto con **DOS talones mas recientes para todas las personas en la casa o los ingresos de las taxas del ano pasado.**

El cabeza de familia: Ultimo _____ Primero _____ Teléfono _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

NUEVA PRUEBA DE INGRESOS ES REQUERIDA EN MARZO 1° DE CADA AÑO

FUENTE DE INGRESOS: Todos los miembros que viven en el hogar. "hogar" es considerado todas las personas que viven con usted en el mismo domicilio. Si la situación de su vivienda es temporal, por favor avise a RiverHills Community Health Center de su situación.

<u>Ingreso</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Semanal</u>	<u>Bisemanal</u>	<u>Mensual</u>	<u>Anual</u>
Salarios y Sueldos (Si mismo)	_____	[]	[]	[]	[]
Salarios y Sueldos (Esposo/a)	_____	[]	[]	[]	[]
Salarios y Sueldos (otro)	_____	[]	[]	[]	[]
Compensación al trabajador	_____	[]	[]	[]	[]
Seguridad Social (Si mismo/esposo/a)	_____	[]	[]	[]	[]
Seguridad Social (Niños)	_____	[]	[]	[]	[]
SSI (Seguridad Suplementaria)	_____	[]	[]	[]	[]
Manutención de niños / Pension	_____	[]	[]	[]	[]
Militar / Beneficios del Veterano	_____	[]	[]	[]	[]
Beneficios del Desempleo	_____	[]	[]	[]	[]
Otros miembros de Familia	_____	[]	[]	[]	[]

NUMERO DE FAMILIA: Nombre todos los miembros de familia por NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO Y NUMERO DE LA SEGURIDAD SOCIAL; inclúyase así mismo.

<u>NOMBRE</u>	<u>FECHA DE NACIMIENTO</u>	<u>#SEGURIDAD SOCIAL</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE DETENIDAMENTE!!

Yo, el firmante, he completado esta aplicación de elegibilidad para descuento y confirmo que esta información es verdadera y correcta, por lo mejor de mi conocimiento. También entiendo, que cualquier cambio en mi estado financiero o en el número de personas en mi hogar deben de ser reportadas inmediatamente a River Hills Community Health Center y se debe completar necesariamente una nueva aplicación. Yo entiendo que, a petición, abra una revisión anual de mi aplicación con la posibilidad de cambios de porcentaje del descuento. Yo entiendo que cualquier falsificación o fallo de reportar cualquier cambio puede resultar en que yo sea inegible para el descuento, ajustes disponibles serán hechos por River Hills Community Health Center.

Firma del aplicante _____ Fecha _____

Testigo por (RHCHC representante) _____

_____ Aprobado _____ % de descuento aprobado _____ Fecha de vencimiento _____

_____ Pendiente Razon _____

Certificado por : _____ Fecha _____