

RIVER HILLS COMMUNITY HEALTH CENTER SLIDING FEE APPLICATION

La escala de descuento es un metodo para proporcionar tarifas reducidas, basadas en el tamaño y los ingresos de un hogar. Para poder optar a este programa, la siguiente solicitud debe ser completada y presentada a la recepcionista, junto con **Dos talons de pago mas actuales para todas las personas en el hogar o la declaracion de impuestos del año pasado, asi como cualquier otra prueba para las otras fuentes enumeradas a continuacion.**

Cabeza de familia: Apellido _____ Nombre _____ Telefono _____

Direccion: _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

NUEVA PRUEVA DE INGRESOS REQUERIDA EL 1 DE MARZO DE CADA AÑO

FUENTES DE INGRESOS: Todos los miembros que viven en la casa. "Hogar" se considera todas las personas que viven con usted en la misma dirección. Si la situación de vida es temporal, por favor informe al personal de River Hills de su situación.

<u>Fuente</u>	<u>Cantidad</u>	<u>Semanal</u>	<u>Bisemanal</u>	<u>Mensual</u>	<u>Anual</u>
Salarios y Sueldos (si mismo)	_____	[]	[]	[]	[]
Salarios y Sueldos (Conyuge)	_____	[]	[]	[]	[]
Salarios y Sueldos (otros)	_____	[]	[]	[]	[]
Compensacion al Trabajador	_____	[]	[]	[]	[]
Seguridad Social (Si Mismo/Conyuge)	_____	[]	[]	[]	[]
Seguridad Social (Niños)	_____	[]	[]	[]	[]
SSI (Seguridad Suplementaria)	_____	[]	[]	[]	[]
Manutencion de niños/ Pension	_____	[]	[]	[]	[]
Militar / Beneficios de Veterano	_____	[]	[]	[]	[]
Beneficios de Desempleo	_____	[]	[]	[]	[]
Otros miembros de familia	_____	[]	[]	[]	[]

Tamaño de la familia: Nombre todos los miembros de la familia por NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO ; incluyendose asi mismo.

<u>NOMBRE</u>	<u>FECHA DE NACIMEINTO</u>
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

PORFAVOR LEA LO SIGUIENTE ATENTAMENTE!!

Yo, el firmante, he completado esta solicitud de elegibilidad de descuento y confirmo que esta información es verdadera y correcta, hasta donde yo sé. Además, entiendo que cualquier cambio en el estado financiero o el número de personas en mi hogar debe ser reportado inmediatamente a River Hills Community Health Center y una nueva solicitud debe ser completada. Entiendo que, previa solicitud, habrá una revisión anual de mi solicitud con la posibilidad de cambios en el porcentaje de descuento. Entiendo que cualquier falsificación o el hecho de no informar de ningún cambio puede resultar en mi hecho no elegible para el descuento puestos a disposición por River Hills Community Health Center. Entiendo que debo proporcionar la prueba de ingresos necesaria dentro de los 30 días posteriores a esta solicitud para que se aplique cualquier descuento.

Firma del aplicante _____ Fecha _____

Testigo por (RHCHC representative) _____

_____ Aprobado _____ % de descuento aprobado _____ Fecha de vencimiento

_____ Pendiente Razon _____

Certificado por: _____ Fecha _____