

## Tabla de descuentos en proporción al ingreso familiar

VPCHC es un federalmente calificado centro de salud que recibe fondos del gobierno. Esta financiación nos permite, ofrecer descuentos en base a sus ingresos anuales. Si creo que esto que usted o su familia puede beneficiarse, por favor complete la siguiente información y proveer verificación de ingresos dentro de los 10 días de haber recibido esta solicitud. Si no recibimos la documentación requerida, no podemos ofrecer un descuento.

### Información del paciente:

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

# de Tel. de Casa: \_\_\_\_\_ de Trabajo o Celular: \_\_\_\_\_

Estatus Civil: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Separado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Viudo(a)

### Información del hogar: Enumere todas las personas que viven en la casa.

Nombre	Fecha de Nacimiento
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____

**Información de Ingresos:** Por favor, complete todos los miembros adultos del hogar que están empleados.  
**Se requiere** comprobante de ingresos. (Declaración del impuesto sobre la renta o últimos 2 talones de cheques).

Trabajadores por cuenta ajena: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Ingreso (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_ Pagado: ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Otro

Trabajadores por cuenta ajena: \_\_\_\_\_ Empresa: \_\_\_\_\_

Ingreso (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_ Pagado: ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Otro

### Ingresos adicionales:

Pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_ Manutención de los hijos \$ \_\_\_\_\_ Discapacidad \$ \_\_\_\_\_ Pensión \$ \_\_\_\_\_

Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ S.S.I. \$ \_\_\_\_\_ Desempleo \$ \_\_\_\_\_ Otro \$ \_\_\_\_\_

Al firmar abajo, acepto proporcionar VPCHC la prueba de ingreso a fin de calcular mi descuento. Entiendo que tender que aplicar anualmente. Estoy de acuerdo en informarle si hay cambios en mis ingresos, tamaño del hogar, o la cobertura de seguro. Entiendo que no hay descuentos para algunos servicios y artículos. Estoy de acuerdo en pagar mi copago en el momento del servicio. Certifico que la información proporcionada es correcta.

Firma de solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### For Office Use Only

Account # \_\_\_\_\_

Effective date \_\_\_\_\_

Total income \$ \_\_\_\_\_

Discount \_\_\_\_\_

Staff initials \_\_\_\_\_

## Documentación Requerida

Se necesita la siguiente documentación para completar su solicitud. The following documentation is needed to complete your sliding fee application. Por favor, proporcionar toda la documentación que se aplica a su hogar.

\_\_\_\_\_ Talones de cheque (últimos 30 días)

\_\_\_\_\_ W2's o una copia de su declaración de impuestos más reciente con el IRS.

\_\_\_\_\_ 4506-T forma si usted no ha presentado su declaración de impuestos en el último año

\_\_\_\_\_ Carta de la persona a la que está viviendo con quién está proporcionando alimento y refugio. La carta debe ser *firmada y fechada*.

\_\_\_\_\_ Copia de su declaración de desempleo, depósito de seguridad social (o estado de benéficos) o cualquier otro tipo de ingreso depósito directo.

\_\_\_\_\_ Prueba de residencia (cualquier pieza de correo recibido en su domicilio actual)

Con el fin de completar su solicitud, toda la documentación debe ser recibida dentro de 10 días. Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

Su pronta atención a este asunto se asegurará de que se reciban todos los descuentos elegibles.