



### Aplicación del Programa de Descuento

<b>Nombre:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b>
----------------	-----------------------------

¿Tiene algún tipo de aseguranza que cubra la totalidad o una parte de sus gastos médicos?  Sí  No

En caso afirmativo, por favor escriba a continuación.

--	--	--

**Definición de tamaño de la familia:** “Tamaño de la familia” se determinará teniendo en cuenta, como grupo, los individuos relacionados o no relacionados que con viven cuya producción de ingresos y consumo de bienes sean mezclados. Además, una persona que viva solo se contará como una persona para el de “tamaño familiar” para los propósitos para la Escala de Descuentos. Por favor, conteste lo siguiente sobre la base de esta definición del tamaño de la familia. **Tamaño de la familia** \_\_\_\_\_.

**Además de usted mismo, nombre y fecha de nacimiento para todos los individuos incluidos en el tamaño de la familia. Por Favor indique si es un paciente actual marcando sí o no.**

Nombre:	Fecha de Nacimiento	Paciente Actual
		Sí o No
		Sí o No
		Sí o No
		Sí o No
		Sí o No
		Sí o No

**Definición de Ingreso** Los ingresos son la cantidad total de ingresos o manutención de cualquier fuente derivada.

¿Con qué frecuencia se la paga <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Cada dos semanas (bimensual) <input type="checkbox"/> Anualmente
---

Para todos en su hogar, por favor indique el ingreso bruto (antes de impuestos) basado en la definición de ingreso antes mencionada. (Mostrar frecuencia, por ejemplo: /semana, /mes, /año).

Salario	Ayuda Pública
Seguro Social/SSI	Ingreso de renta
Desempleo	Ingreso de interés
Compensación por discapacidad/ Compensación a trabajadores	Sustento de menores/pensión alimenticia
Pensión/Jubilación	Asistencia Educativa
Trabajo por Cuenta Propia (Formas de Impuestos requerido)	Otro/ especifique

- Reconozco que recibí y entiendo la Póliza del Programa de Descuentos de Tarifa Deslizante de MVHC.
- Yo declaro que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También entiendo que si mi ingreso debe cambiar, tengo la obligación de notificar a MVHC en mi próxima cita al centro de salud. Entiendo que dar información falsa resultará en la denegación de los beneficios de descuento, que será responsable de la tarifa completa y que ya no seré elegible para el Programa de Escala de Descuento.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**For Office Use Only**

Date of Service: _____	Application received by: _____	Date: _____	W/I 30 Days Y N
Reviewed by: _____ Date _____ Supervisor Approval (for Self-Declaration) _____			

**Aviso de No Discriminación**

Mountain Valleys Health Centers (MVHC) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

**Servicios de Traducción**

ATENCIÓN: Si usted habla español, servicios de asistencia lingüística, de forma gratuita, están disponibles para usted. Por favor, háganos saber cuándo haga la cita que se necesita ayuda con el idioma.

注意: 如果您说中文, 您可以免费获得语言协助服务。请在预约时告知我们您需要语言协助