



Aplicación para el Programa de Descuento

Para uso del Personal SOLAMENTE	
Source of Income:	
<input type="checkbox"/> Pay stub <input type="checkbox"/> W2/1040 <input type="checkbox"/> Income verification letter <input type="checkbox"/> Self-declaration letter <input type="checkbox"/> Other _____	
Income Obtained	Income 1 _____
<input type="checkbox"/> Yes Both	Income 2 _____
<input type="checkbox"/> No	Total Average _____

Nombre del paciente	Fecha de Nacimiento		Fecha	
Miembros del hogar	Fecha de nacimiento	Frecuencia	Ingresos brutos (antes de impuestos)	Paciente de CRCHC (Sí/No)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

<input type="checkbox"/> Marque la casilla si desea agregar la escala de descuento a todos los pacientes con CRCHC enumerados anteriormente	
% Aprobado (pare uso del personal de CRCHC) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F(tarifa completa)	<input type="checkbox"/> Proporcioné ingresos hoy <input type="checkbox"/> Traeré ingresos dentro de los 10 días <input type="checkbox"/> Me auto declaró sin ingresos (comentarios:) _____ <input type="checkbox"/> Se me ha dado la oportunidad de aplicar para el programa de Descuento de Tarifas de CRCHC, y yo rechazo la oportunidad de aplicar al programa de Escala de Descuento de CRCHC.
<p>Entiendo que la información que proporciono está sujeta a verificación por parte de CRCHC. Estoy de acuerdo en que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa puede resultar en que se me niegue la posibilidad de aplicar parre el programa de descuento, además, acepto cumplir con todos los términos y condiciones del Programa de descuento de la Escala de Descuento. Informaré cualquier cambio de la información anterior al CRCHC.</p> <p>Entiendo que si estoy solicitando asistencia financiera y no tengo ninguna fuente de ingresos o no tengo prueba de ingresos conmigo hoy, CRCHC descontará mis servicios para hoy basado en un estimado de los ingresos. Sin embargo, seré totalmente responsable de cualquier visita posterior en CRCHC, si no traigo prueba de ingresos dentro de los 10 días.</p>	
Acepto PAGAR la tarifa de escala de descuento asignada en el <u>momento del servicio</u>.	

Paciente (Firma del Tutor Legal): _____

Nombre del personal del CRCHC: _____