



Solicitud de descuento de tarifa deslizando

Nombre Del Paciente

Fecha De Nacimiento

Numero de seguro social

Dirección- Ciudad, Estado, Código Postal

Nombre del Cónyuge

Fecha De Nacimiento

Numero de seguro social

Número de personas en su hogar

Para cada miembro del hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación	Ingresos Brutos
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Usted debe traer prueba del ingreso

*La verificación de ingresos puede incluir: Talones de pago, W-2, 1099, declaración de impuestos más reciente, transcripción de impuestos, etc.

**Un Pago nominal de \$20 será solicitado en cada visita con el medico, un pago nominal de \$35 será solicitado en cada visita con el dentista, y el paciente será responsable de cualquier saldo restante.

Firma Del Paciente

Fecha

Eligibility Information-For office use only

Household size

Annual Gross Income

Level of Discount: 0% 10% 30% 50% 75% \$100% (Nominal fee only)