

**Solicitud de descuento de tarifa variable****Información del paciente:**Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento:  
\_\_\_\_\_**Información del hogar:** Enumere todas las personas que viven en el hogar.

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

(Si es necesario enumerar más de 5 personas, escriba los nombres / fecha de nacimiento adicionales en el reverso de esta solicitud).

**Información de ingresos:** Complete para todos los miembros adultos del hogar que estén empleados. Se debe proporcionar prueba de ingresos (declaración de impuestos sobre la renta o 2 últimos recibos de pago).Persona empleada: \_\_\_\_\_ Tipo de ingreso:  
\_\_\_\_\_Persona empleada: \_\_\_\_\_ Tipo de ingreso:  
\_\_\_\_\_Persona empleada: \_\_\_\_\_ Tipo de ingreso:  
\_\_\_\_\_

(Si es necesario enumerar más de 3 personas, escriba Nombres / tipos de ingresos adicionales en el reverso de esta solicitud).

**Otros ingresos:**Pensión alimenticia \$ \_\_\_\_\_ Manutención de menores \$ \_\_\_\_\_ Discapacidad \$ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Pensión \$ \_\_\_\_\_ Seguro Social \$ \_\_\_\_\_ Desempleo \$ \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, acepto proporcionar a WCHC un comprobante de ingresos y tamaño del hogar con el fin de calcular mi descuento. Entiendo que se me pedirá que vuelva a presentar una solicitud anualmente y acepto informar a WCHC si hay cambios en mis ingresos, el tamaño de mi hogar o la cobertura del seguro. Entiendo que ciertos servicios y / o artículos no se pueden descontar. Acepto pagar mi copago al momento del servicio. Entiendo que, si no presento prueba del tamaño de la familia y los ingresos, seré responsable por el monto total de los cargos. Por la presente certifico que la información proporcionada es correcta.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

\*\*\*\*Sólo para uso de oficina\*\*\*\*

Persona # \_\_\_\_\_

Fecha efectiva \_\_\_\_\_

Ingresos totales \$ \_\_\_\_\_

Descuento \_\_\_\_\_

Iniciales del personal \_\_\_\_\_