

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 _____