



A Center for Behavioral Health Innovation

SOLICITUD DE DESCUENTO DE TARIFA DESLIZANTE

Esta póliza de Allies in Caring / Con-vivir Wellness, Inc., proporcionar servicios independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y devuélvala a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a servicios específicos recibidos en Allies in caring / Con-Vivir Wellness Hub INC.

Este formulario debe completarse cada 12 meses o si cambia su situación financiera.

NOMBRE DEL JEFE DE HOGAR			LUGAR DE EMPLEO	
CALLE	CIUDAD	Estado	Código postal	Teléfono
Correo electrónico	Fecha de Nacimiento	Celular		

Indique el cónyuge y los dependientes menores de 18 años.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
UNO MISMO		DEPENDIENTE	
Esposo/a		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	

Ingreso Anual del Hogar

Fuente	Uno mismo	Esposo/a	Otro	Total
Salarios brutos, salarios, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Seguro Social, Ingreso de Seguridad Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos por jubilación				
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas				
Ingresos totales				

Nota: Se deben adjuntar COPIAS de declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento. NO se devolverán copias.

****SOLO SI SE LAS PIDE UN PERSONAL DE LA ORGANIZACION. ****

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta .

Nombre (Imprimir)

Firma

Fecha:

Solo para uso de oficina

Nombre del paciente: _____

Descuento recomendado: _____

Descuento aprobado: _____

Monto final pagado por el paciente: _____

Aprobado por: _____