



“Family First Health” Solicitud de Descuentos

“Family First Health” es un centro comunal de salud sin fines de lucro. Recibimos dinero de diversas fuentes para poder proporcionar su cuidado medico y su dental, basado en su ingreso y tamaño familiar. Para que usted pueda recibir una reducción en su cuenta, necesitamos que usted complete la siguiente información de este documento y proporcione su prueba de ingreso. *Entiendo que si no proporciono la prueba de ingreso, en el futuro las visitas no serán descontadas en la tarifa reducida del programa de descuentos.*

Si su ingreso familiar es mayor que la cantidad definido por las Pautas Federales de Pobreza, favor inicie aquí: _____ Si su ingreso cambia favor de dejarnos saber lo antes posible.

	Parentesco	¿Esta persona tiene seguro medico ó Healthy York Network? Por favor circule	Ingreso Mensual	Fecha de Nacimiento	Acct # FFH staff use only
	Yo mismo(a)	Si / No Tipo de Seguro:			
	Esposo(a)	Si / No Tipo de Seguro:			
	Hijo(a)/Dependiente	Si / No Tipo de seguro:			
		Si / No Tipo de seguro:			

**Para miembros de hogar adicionales favor de ponerlos atrás de esta solicitud*

Dirección: _____ **Apt:** _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____

Por la visita de hoy usted recibirá un descuento basado en la información que usted proveo. Para continuar este descuento usted debe proveer prueba de ingreso. Si la información de ingreso no es proveída usted no será elegible para el descuento. Favor de enviar por correo ó traer prueba de ingreso a “Family First Health” antes de su próxima cita.

- Talonarios para cada miembro del hogar (2 talonarios)
- Cheques de pension ó manutención
- Cheques de compensación del trabajo
- Otros recursos de ingreso no mencionados

- Cheque de desempleo
- Cheque de Incapacidad
- Declaración de Impuestos ó W2

¿Eres empleado por si mismo? Sí _____ No _____

Certifico por este medio que toda la información dada en este uso es correcta y terminada al mejor de mi conocimiento. Se le concede permiso a “Family First Health” de verificar cualquier información necesitada para determinar mi elegibilidad. Entiendo que toda la información es confidencial y será utilizada únicamente para el programa de descuento. **Entiendo que si no proveo prueba de ingreso las siguientes visitas no serán rebajadas con el descuento.**

Firma de paciente

Fecha

***Si usted tiene alguna pregunta sobre el “Programa de Descuento” favor de llamar al Departamento de Facturación al (717) 846-5846 y escoja la opción de facturas.**

Apellido, Nombre De todos los miembros del hogar	Parentesco	¿Esta persona tiene seguro medico ó Healthy York Network? Por favor circule	Ingreso Mensual	Fecha de Nacimiento	Acct # FFH staff use only
		Si / No Tipo de seguro:			
		Si / No Tipo de seguro:			
		Si / No Tipo de seguro:			
		Si / No Tipo de seguro:			
		Si / No Tipo de seguro:			
		Si / No Tipo de seguro:			

PLEASE DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

Temporary Reduced Fee Discount Assignment

Total Household Income: _____ **Total Household Members:** _____

Discount Level: A B C D

Completed By: _____ **Date:** _____

FOR BILLING DEPARTMENT USE ONLY

REDUCED FEE APPROVAL

INCOME AMOUNT \$ _____ **DISCOUNT** _____ **FAMILY SIZE** _____

PRIMARY HOUSEHOLD ACCT #: _____ **BILLING REP INITIAL** _____

EFFECTIVE FROM DATE _____ **EFFECTIVE THROUGH & REVIEW DATE** _____

DATE _____

