

## Solicitud de tarifa variable

### SELECCIONE UNO O AMBOS

Servicios Médicos       Servicios de Farmacia

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ F.D.N: \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ INSCRITO POR: \_\_\_\_\_  
Número --  
de  
Seguro  
Social: \_\_\_\_\_

Dirección Del Solicitante : \_\_\_\_\_ Numero De Teléfono : \_\_\_\_\_ cuenta del  
solicitante \_ \_ \_ \_

Su inscripción en nuestra escala móvil de tarifas no se puede completar hasta que se reciban todos los elementos requeridos .

Por favor, devuelva estos / / Fecha de aplicación: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
artículos antes de

#### **PRUEBA DE IDENTIDAD/FECHA DE NACIMIENTO Y RESIDENCIA:**

*DEBE MOSTRAR UNO DE LOS DOCUMENTOS ENUMERADOS EN AMBAS TEORÍAS. SE ACEPTAN FOTOCOPIAS*

#### **Identidad/ Fecha de nacimiento**

- Licencia de conducir/identificación oficial con foto
- Pasaporte
- Certificado de bautismo u otro certificado religioso
- Registros oficiales de la escuela
- Registros de adopción
- Registros oficiales de nacimiento del hospital/médico
- Certificado de naturalización
- Registros de matrimonio
- Documentos de Inmigración

#### **Residencia/ Domicilio**

- Identificación con dirección
- Sobre postal o revista con matasellos (no se puede usar si se envía a un apartado de correos)
- Licencia de conducir emitida con los últimos 6 meses
- Factura de servicios públicos (gas, electricidad, cable, estado de cuenta bancario, correspondencia de una agencia gubernamental que contenga el nombre y la dirección de la calle)
- Carta/recibo de arrendamiento/alquiler con la dirección de la casa del arrendador
- Registros de impuestos sobre la propiedad o estado de cuenta de la hipoteca

#### **COMPROBANTES DE INGRESOS Y GASTOS CORRIENTES:**

*USTED DEBE PROPORCIONAR UNA CARTA, DECLARACIÓN ESCRITA O COPIA DE LOS TALONES DE CHEQUES DEL EMPLEADOR, PERSONA O AGENCIA QUE PROPORCIONA LOS INGRESOS, ENVÍE TODO LO QUE CORRESPONDA. PROPORCIONAR LA PRUEBA DE INGRESOS MÁS RECIENTE ANTES DE IMPUESTOS. EL COMPROBANTE DEBE ESTAR FECHADO, INCLUIR EL NOMBRE DEL EMPLEADO Y MOSTRAR LOS INGRESOS BRUTOS DEL PERIODO DE PAGO.*

#### **Sueldos y Salarios**

- Talones de cheques de pago (4 semanas consecutivas)
- Carta del empleador en papel membretado de la empresa, firmada y fechada
- Declaración de la renta/W2

#### **Trabajador por cuenta propia**

- Declaración de impuestos sobre la renta firmada y fechada y todos los anexos
- Registros de ganancias y

#### **Prestaciones por desempleo**

- Carta/certificado de adjudicación
- Correspondencia del department de trabajo

#### **Seguridad social**

- Carta/certificado de adjudicación
- Verificación de beneficios
- Correspondencia del Consejero de la Seguridad Social .

#### **Manutención de los hijos / Pensión alimenticia**

- Carta de la persona que brinda apoyo
- Carta de la corte
- Sueldo de los hijos/cheque de pensión alimenticia

- Talon de cheque

**Beneficios para veteranos**

- Carta de adjudicación
- Talón de cheque de beneficios
- Correspondencia del admirante

**Compensación al trabajador**

- Carta de adjudicación

**Ingresos por alquiler**

- Carta del inquilino
- Talón de cheque

**Préstamos/Dividendos/Regalías**

- Estado de cuenta del banco cooperativa de crédito o institución financiera
- Carta del corredor
- Carta del agente

**Pago Militar**

- Carta de adjudicación

**Pensiones y Rentas Vitalicias Privadas**

- Declaración de pensión/anualidad

---

**\*\* LOS W-2 O LAS DECLARACIONES DE IMPUESTOS SOBRE LA RENTA PARA PERSONAS QUE NO SEAN TRABAJADORES POR CUENTA PROPIA SE PUEDEN USAR PARA SOLICITUDES ANTES DEL 6 DE ABRIL DEL AÑO SIGUIENTE. SI ES POSTERIOR, DEBE INCLUIR OTRA FORMA DE DOCUMENTACIÓN.**

---

**INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PACIENTE:**

Nombre :		Inicial del segundo nombre:	Apellido:	
<i>Por favor, indiquenos un número de teléfono donde podamos localizarnos con usted si necesitamos ponernos en contacto</i>		Teléfono #:	Teléfono secundario #:	
Domicilio :	Calle		Apto#:	
	Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección postal: (si es diferente)	Calle:		Apto#:	
	Ciudad:	Afirmo :	Código postal:	Condado:

**INFORMACIÓN DEL HOGAR: Anote "SELF" en la línea 1. Anote el nombre de su cónyuge o pareja en la línea 2. Anote los nombres de los hijos dependientes u otras personas en el hogar en las líneas 2-5.**

Nombre: Primer nombre, inicial del segundo y apellido	Fecha de nacimiento	Relación con el Jefe de Familia	Ingresos anuales
Yo		PROPIO	
2			
3			
4			
5			

**Al firmar con mi nombre a continuación, Doy fe de que todas estas afirmaciones son verdaderas y que no tengo acceso a otros servicios médicos. seguro a través del gobierno federal. el estado, un empleador o por mi cuenta.**

(Firma)

(Fecha)

**SECCIÓN SIGUIENTE SOLO PARA USO INTERNO DE LA OFICINA**

**RENTA:**

Valor total de los ingresos: <i>Copias para archivo)</i>	§		
<i>Tamaño de la familia</i>			
Hemos recibido una copia de la carta de denegación de Medicaid. <i>Si el paciente ha solicitado previamente Medicaid en los últimos 6 meses, aceptaremos la carta de denegación.</i>	o Sí	o No	Fecha de carta: ___ / ___ / ___
Califica para la escala móvil de tarifas	o Sí		o No
% de diapositiva	o 100 %	o 75 %	o 50 % Yo o 25 %

Aprobado B \_ \_ \_ \_ \_

Fecha: } \_\_\_ / \_\_\_

Expira: } \_\_\_ / \_\_\_