



Es política de Haywood Pediatric & Adolescent Medicine Group, PA brindar servicios esenciales, independientemente de la capacidad del paciente para pagar. Los descuentos se ofrecen 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 todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a aquellos servicios o equipos que se adquieran en el exterior, incluidos los análisis de laboratorio de referencia, los medicamentos y la interpretación de radiografías por un radiólogo consultor y otros servicios similares. Este formulario debe completarse cada 12 meses o si su situación financiera se modifica.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TELÉFONO: Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Enumere todos los miembros del hogar, incluidos los menores de 18 años.

NOMBRE

Fecha de nacimiento

PROPIO: \_\_\_\_\_

OTRO: \_\_\_\_\_

OTRO: \_\_\_\_\_

OTRO: \_\_\_\_\_

OTRO: \_\_\_\_\_

OTRO: \_\_\_\_\_

**INGRESOS ANUALES DEL HOGAR**

<b>Origen</b>	<b>Propio</b>	<b>Otro</b>	<b>Total</b>
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.	_____	_____	_____
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia, y dependientes	_____	_____	_____
Compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro social, Ingreso de seguridad complementario pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación	_____	_____	_____
interés; dividendos; regalías; ingresos por alquiler, Propiedades, herencias y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención infantil; asistencia externa al hogar; y otras fuentes diversas	_____	_____	_____
<b>TOTAL DE INGRESOS:</b>	_____	_____	_____

**Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que figura más arriba es correcta.**

**NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA):** \_\_\_\_\_

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_

Uso exclusivo de la oficina

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Descuento aprobado: \_\_\_\_\_

Aprobado por: \_\_\_\_\_

Fecha de aprobación: \_\_\_\_\_

Lista de verificación

Sí

No

Identificación/Dirección: Licencia de conducir, factura de servicios públicos, identificación de empleo u otro

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ingreso: Declaración de impuestos del año anterior, los tres últimos recibos de sueldo u otro  
(También puede utilizarse la autodeclaración de ingresos)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_