



Solicitud de Tarifa Deslizante

La escala de tarifas deslizante es un método para proporcionar tarifas reducidas, en función del tamaño y los ingresos de un hogar. Para ser elegible para este programa, la siguiente solicitud debe completarse, firmarse y fecharse, y presentarse a la recepcionista. Los pacientes pueden tener hasta dos semanas para presentar comprobantes de ingresos (consulte la lista en el reverso para ver formas aceptables de ingresos)

Jefe de Hogar: Apellido _____ Nombre _____ Telefono _____
 Direccion _____ Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

¿Usted o alguno de los miembros de su hogar ha solicitado Medicaid? (Titulo XIX)? Si No

FUENTES DE INGRESOS: Todos los miembros que viven en el hogar. Se considera "hogar" a todas las personas que viven con usted en la misma dirección. Si la situación de vida es temporal, informe al personal de su situación.

Source	Cantidad (\$)	Semanal	Bi-Semanal	Mensual	Anual
Salarios y Sueldos (Usted)					
Salarios y Sueldos (Esposa)					
Salarios y Sueldos (otros)					
Compensacion al trabajador (SIIS)					
Seguro Social (Usted/ Esposa)					
Seguro Social (Hijos)					
SSI (Seguro Suplemental)					
Manutencion de Hijos / Alimonia					
Beneficios Militares / Veterano					
Beneficio de Desempleos					
Otros miembros de la Familia					

TAMANO DEL HOGAR: Enliste todos los miembros de la familia por NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, Y SEGURO SOCIAL ,incluyase usted

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relacion	# de Seguro Social
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE CUIDADOSAMENTE

Declaro que el estado financiero de mi hogar es el indicado anteriormente. Entiendo lo siguiente:

- Este programa está financiado únicamente por Canyon Pediatrics y no está conectado a ninguna agencia federal o estatal.
- Este programa se puede suspender en cualquier momento según la disponibilidad y la capacidad de atender a los pacientes.
- Dar información falsa sobre los ingresos de mi hogar se considera fraude a la atención médica
- Cualquier cambio en mis finanzas o el número de personas en mi hogar debe ser reportado y se debe completar una nueva solicitud

Firma Del Solicitante _____

Fecha _____