

# APLICACION PARA EL PROGRAMA DE TARIFA DE DESCUENTO

Nombre del Padre/ Fiador: (1) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: (2) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección del Paciente: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuántas personas dependen del ingreso \*Familiar?

\* El número de personas que viven en la misma casa y comparten los ingresos, comida, y renta. Ese número puede incluir a usted, su esposo/a y/o cualquier dependiente..

**Otros miembros de la Familia:**

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento
(3) _____	_____	_____	(6) _____	_____	_____
(4) _____	_____	_____	(7) _____	_____	_____
(5) _____	_____	_____	(8) _____	_____	_____

Marque (✓) a todos los recursos de ingresos que aplican a su familia.

Sueldos y Salarios		Apoyo de parte de miembro de la familia	
Desempleo		Incapacidad	
Empleo Autónomo		Fondo de Pensión	
Seguro Social(SSI)		Beneficios de Veterano	
Manutención de Menores		Pensión Alimenticia	
Estampillas de Alimentación/Asistencia publica		Estipendio para entrenamiento	
Indemnización Laboral		Becas/ Subvenciones	
Subsidios/Regalos		Propiedades de Renta	
Intereses/Dividendos		Otro (por favor especifique)	

**TOTAL DE INGRESOS BRUTOS MENSUALES \$**

\* Los ingresos brutos son los ingresos totales antes de las deducciones de impuestos.

A mi leal conocimiento, la información dada es verdadera y correcta. Yo doy permiso a las Clínicas del Colegio de Enfermería de la Universidad del Este del Estado de Tennessee de poder verificar información acerca de mi estado financiero.

**Yo entiendo que esta información debe ser provista en un lapso de 3 días laborales desde la fecha de la visita para calificar para la tarifa de descuento. Yo entiendo que si esta información no es recibida, yo seré responsable por el cargo total de la vista.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Fiador

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

**\*\*\*\*\*Para el uso de nuestra oficina solamente \*\*\*\*\*Para el uso de nuestra oficina solamente\*\*\*\*\***

Verified monthly income: \$\$ \_\_\_\_\_ # in household \_\_\_\_\_ Sliding Scale: \_\_\_\_\_

Proof of Income:  IRS  Wage  Food Stamp Letter  Other (specify): \_\_\_\_\_

Re-certification Date: \_\_\_\_\_ Staff Signature: \_\_\_\_\_

Awaiting Proof of Income Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Yo reconozco que yo he leído y entiendo los contenidos de esta forma, y que la escala de pago a la cual califico ha sido discutida conmigo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Fiador

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy