



### SOLICITUD DE TARIFA VARIABLE

La póliza de Friends of Family Health Center es de brindar servicios médicos esenciales y de calidad sin tener en cuenta si el paciente tiene los medios económicos para pagar. Se ofrece una tabla de descuentos en proporción del tamaño y los ingresos de la familia. Por favor llene los siguientes cuadros con su información y entregue este formulario al oficinista para determinar su tarifa de hoy.

- La tarifa se aplicará a todos los servicios recibidos en el centro de salud pero no a aquellos servicios que se obtengan afuera, tales como: remisiones para pruebas de laboratorio, medicinas, lectura de rayos-x por un radiólogo y otros servicios similares.
- Es posible que se requieran copias de sus declaraciones de impuestos y las de su familia, talones de cheques y otra información para verificar sus ingresos antes de que se apruebe una tasa variable.
- La tarifa variable se aplica solo a los servicios recibidos desde el día en que se aprueba su solicitud hasta 12 meses después.
- Este formulario es válido por 12 meses a partir de la fecha en que lo complete. Después de 12 meses puede completar un formulario de solicitud de reevaluación para tarifa variable.

Numero de familiares que viven en su hogar (incluye a usted): \_\_\_\_\_

Ingreso total de la familia (incluye a usted, el de su pareja, hijos, etc.):

Miembro de la Familia	Ingreso de la Familia (llene solamente una de las columnas)		
	Anual	Mensual	Cada Dos Semanas
Yo			
Esposo(a)			
Familiares			
Total			

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta. Entiendo que es posible que se requieran copias de las declaraciones de impuestos, talones de cheques de pago y otra información para verificar los ingresos anteriores antes de que se apruebe una tasa variable. Entiendo que se me pedirá que presente una nueva solicitud en 12 meses cuando venza mi tarifa variable aprobada.

\_\_\_\_\_  
Imprime su nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha