



INICIAL
 REVALORACIÓN

SOLICITUD DE TARIFA VARIABLE

La póliza de Friends of Family Health Center es de brindar servicios medicos 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 el oficinista para determinar su tarifa de hoy.

- La tarifa se aplicara 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 apruebe 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 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.

Marque aquí si no tiene ninguna documentación que respalde su comprobante de ingresos.

Al marcar esta casilla, declaro que no tengo ninguna documentación que respalde mi comprobante de ingresos por la siguiente razón: _____

Certifico que los ingresos indicados anteriormente son los más precisos según mi conocimiento. Entiendo que en el futuro se me solicitará documentación que compruebe mis ingresos. También certifico que notificaré a la oficina cualquier cambio en mis ingresos.

 Imprime su nombre

 Firma

 Fecha