



Teléfono – 505-867-2324

Fax – 505-867-3511

**Aplicación de Descuento por Tarifa Corriente**

Para cumplir con los requisitos de nuestra escala de descuentos, requerimos lo siguiente:

- 1) Prueba de residencia (un cobro reciente)
- 2) Prueba de ingresos, puede ser uno de lo siguiente:
  - Tres talones consecutivos de su sueldo
  - Su taxes del año pasado
  - Una carta del patron indicando los horas trabajadas y pago por hora
  - Una carta de desempleo “unemployment”
- 3) Foto de I.D.

**EL DISCUENTO SE LE EXTIENDE ÚNICAMENTE A LA FAMILIA QUE VIVE EN EL MISMO HOGAR**

Nombre del jefe de familia \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_

Dirección Postal o Fisica \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Teléfono (hogar) \_\_\_\_\_ Teléfono (trabajo) \_\_\_\_\_

Ingreso mensuales del hogar doméstico:\$ \_\_\_\_\_ O ingresos anuales:\$ \_\_\_\_\_

Numero de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Lista miembros de la familia:

Nombre	Fecha De Nacimiento	Si tiene seguro medico escriba debajo

Es la política de El Pueblo Health Services Inc. proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen en función del tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor complete la siguiente información y regrese 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 desde el exterior, incluyendo pruebas de laboratorio de referencia, medicamentos e interpretación de rayos X por un radiólogo consultor y otros servicios similares. Este formulario debe ser completado cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingreso mostrada arriba es correcta:

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_