



HI-DESERT
FAMILY HEALTH CLINICS
HI-DESERT MEMORIAL HEALTH CARE DISTRICT

SOLICITUD DE DESCUENTO CUOTA

| Nombre <i>(Lista de todos los miembros de la familia/personas a cargo cobrado en impuestos)</i> | Relación | Fecha de Nacimiento | Ingresos | Frecuencia | Fuente de Ingresos |
|--|----------|---------------------|----------|------------|--------------------|
| | Yo | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Entiendo que la información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación . Certifico que la información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento, entiendo y estoy de acuerdo en cumplir con todos los términos y condiciones del Programa de descuento Cuota deslizando. Tengo entendido también que esta información se recertifica anualmente. Si mis cambios en los ingresos, que es mi responsabilidad notificar HDFHC.

Firma del Paciente / Tutor

Imprimir Nombre

Fecha

NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA

| Acceptable Income Documentation [Enter (✓) if obtained and verified] | Calculated Amount Associated with Documentation |
|---|---|
| Most recent paycheck stubs covering 4 weeks or 30 days consecutively <i>(Must be dated w/in last 30 days. If the amounts vary, an average will be taken)</i> | |
| Current Federal Tax Return or Prior Year's W-2(s) | |
| Company letter (on letterhead) stating earnings and hours (Letter must contain a contact person and phone number) | |
| Official Letters/Documents from Social Security, Courts, EDD, etc. | |
| Total Income Amount | |

- Patient at or below FPL; nominal fee only
 Patient pays 25% of charges Patient pays 50% of charges Patient pays 75% of charges
 Patient above 200% of FPL; pays full charges

Effective Date _____

Expiration Date _____

Staff Signature _____

⇒ Scan into patient's electronic record with all supporting documents