

**BAY COMMUNITY HEALTH  
FORMULARIO DE DESCUENTO DE ESCALA PARA TARIFA**

**INFORMACION DEL PACIENTE**

Nombre:	_____	Fecha de Aplicacion:	_____
Direccion:	_____	Direccion para envios:	_____
	_____	(si es diferente)	_____
Fecha de Nacimiento:	_____	Estado Civil:	Casado(a) Viudo(a)
Telefono de la casa:	_____	(circule una)	Soltero(a) Otro: _____
Telefono de Celular:	_____		
Telefono del trabajo:	_____		

**NUMERO DE PERSONAS EN LA CASA**

**Escriba todos los miembros de la familia que puedan depender de usted en sus taxes**

Nombre	Fecha de nacimiento	Relacion	Edad	Esta persona es nuestro paciente?		Esta Empleado?	
				YES	NO	YES	NO
				YES	NO	YES	NO
				YES	NO	YES	NO
				YES	NO	YES	NO
				YES	NO	YES	NO
				YES	NO	YES	NO
				YES	NO	YES	NO
				YES	NO	YES	NO

**INCOME**

Aparte de esta aplicacion, se le pedira aportar otra clase de ingresos. Porfavor lea las preguntas a continuacion para determinar que documentacion es requerida para su situacion.

Usted esta empleado??si es asi, por favor especifique:    Tiempo Completo    Medio Tiempo    Empleado independiente    Desempleado

Escriba a continuacion las fuentes de ingreso que no sean salarios laborales

Ejemplos de otras fuentes de ingreso incluyen pero no son limitados a: Discapacidad, Seguro Social, Acciones, Pension/Retiro, etc.

_____	_____	_____
_____	_____	_____

¿Cuál es el año más reciente que ha presentado su declaración de impuestos federales?

**Si usted ha presentado en los últimos dos años, por favor proporcione la declaración de impuestos presentada más recientemente y cualquier año siguiente de su W-2 s (si corresponde).**

Si usted no ha presentado en los últimos dos años, ¿recibe el seguro social o el ingreso por incapacidad? \_\_\_\_\_

**Por favor proporcione la carta anual de beneficios más reciente que especifica los ingresos mensuales recibidos.**

Nota: esta carta de beneficios generalmente se envía en enero de cada año.

Si ninguna de las situaciones anteriores se aplica a usted, por favor vaya a la oficina de contabilidad para más opciones para documentacion requer finalización y el procesamiento de su solicitud.

Certifico que toda la información antedicha es verdadera y completa para lo mejor de mi conocimiento y entendiendo que cualquier falsedad o declaración incompleta del tamaño de la familia y/o la información financiera puede resultar en la pérdida de elegibilidad para todos los miembros La explicación me fue proporcionada por un miembro del personal de Bay Community Health con respecto al procedimiento de la tarifa de descuento mi obligación financiera de servicios médicos y/o de salud del comportamiento hasta que se proporcione la verificación para cada miembro del hogar **Se requiere la verificación de cada fuente de ingresos para calificar.**

\_\_\_\_\_  
Firma del aplicante