



## Programa de Escala de Descuento

Aplicación de Membresía

### Miembros del Hogar

Número total de personas de su hogar con las que comparte gastos. Esto incluye, entre otros, a usted mismo, cónyuges, novios, parejas, otros familiares (tíos, padres) y todos los niños a su cargo.

Enliste a **TODOS** los miembros de la unidad del hogar. Añada papel adicional si es necesario

| Nombre Legal | Relacion  | Fecha de Nac. | Empleado |
|--------------|-----------|---------------|----------|
|              | Ud. Mismo |               | S/N      |
|              |           |               | S/N      |
|              |           |               | S/N      |
|              |           |               | S/N      |
|              |           |               | S/N      |
|              |           |               | S/N      |

### Ingreso

Enliste a todas las personas de su hogar que trabajan.

| Nombre | Empleador | Ingresos mensuales brutos antes de impuestos |
|--------|-----------|----------------------------------------------|
|        |           |                                              |
|        |           |                                              |
|        |           |                                              |

Enliste cualquier otro ingreso mensual del hogar, incluidas las prestaciones SSI, TANF, y SS por defunción.

|                         |      |                                      |      |                |      |
|-------------------------|------|--------------------------------------|------|----------------|------|
| Seguro Social           | \$ . | Accidentes de trabajo y discapacidad | \$ . | Autoempleo     | \$ . |
| Beneficios de veteranos | \$ . | Ingresos por intereses/Dividendos    | \$ . | TANF           | \$ . |
| Desempleo               | \$ . | Ingresos por alquiler/inversion      | \$ . | Otros Ingresos | \$ . |

### Desempleo o Sin Ingresos

Por favor, **PONGA SUS INICIALES** si actualmente está desempleado o no tiene ingresos. Al poner sus iniciales, está documentando que tiene cero o ningún ingreso. Para ayudar a documentar que no tiene ingresos y determinar si cumple los requisitos para la SFDP (escala de descuento), entiendo que One Health puede realizar una comprobación de crédito blanda. Los resultados de esta comprobación no afectarán su calificación crediticia.

|           |  |             |  |
|-----------|--|-------------|--|
| Desempleo |  | No Ingresos |  |
|-----------|--|-------------|--|

### Acuerdo y Firma

Toda la información en este formulario es una declaración verdadera de ingresos en el momento de mi firma.

Entiendo que si califico como miembro de la Escala de Descuento, cualquier declaración falsa, omisión u otra representación errónea hecha por mí en esta solicitud puede modificar mi estatus como paciente de One Health. Esta autodeclaración está sujeta a auditoría. Me comprometo a informar de cualquier cambio en un plazo de 30 días.

**Las determinaciones iniciales SÓLO son válidas durante 30 días a partir de la fecha de aceptación sin documentación de respaldo de los montos de ingresos. Para extenderla a un año, debe presentarse documentación de ingresos.**

|           |              |
|-----------|--------------|
| Signature | Date         |
| Address   | Phone Number |

Revisado 7/2025

La política de One Health es ofrecer igualdad de oportunidades sin distinción de raza, color, religión, nacionalidad, sexo, género, preferencia u orientación sexual, edad o discapacidad.

## Programa de Escala de Descuento Aplicación de Membresía

### Internal Use ONLY:

|                                         | Date | Initials |
|-----------------------------------------|------|----------|
| Application Received                    |      |          |
| Documents Received                      |      |          |
| Incomplete - Request for Documents sent |      |          |
| Completed                               |      |          |

### Income

| Source             | Frequency | Amount | Annual |
|--------------------|-----------|--------|--------|
|                    |           |        |        |
|                    |           |        |        |
|                    |           |        |        |
|                    |           |        |        |
| <b>Total</b>       |           |        |        |
| <b>Family Size</b> |           |        |        |

### Slide Category

|                       | Category | Begin Date | End Date |
|-----------------------|----------|------------|----------|
| 30-Day Slide          |          |            |          |
| One Health Year Slide |          |            |          |

### No Income – Soft credit check

| Results | Date | Initials |
|---------|------|----------|
|         |      |          |

### Complete

|                       | Date | Initials |
|-----------------------|------|----------|
| Entered in EHR        |      |          |
| Entered in Dental EHR |      |          |
| Letter to Patient     |      |          |

### Additional notes

Si la prueba de ingresos se recibe después de la solicitud inicial pero dentro de los 30 días de la solicitud original. El paciente deberá firmar a continuación

|                                     |              |
|-------------------------------------|--------------|
| <b>Firma del Paciente o Testigo</b> | <b>Fecha</b> |
| <b>Staff Signature</b>              | <b>Fecha</b> |