



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

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/inversión \$.	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.

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 comprobación de ingresos.

Firma del Paciente o Testigo	Fecha
Dirección	Número de teléfono

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
Total			
Family Size			

Slide Category

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

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

Firma del Paciente o Testigo	Fecha
Firma del personal/Staff Signature	Fecha