



Formulario de Solicitud de Reducción de Tarifa en Función de Ingresos o Tamaño Familiar

Nombre Legal: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Apellido Legal: _____

Nombre por el que lo conocen: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Teléfono: _____

Marque una opción: No tengo seguro medico Tengo seguro medico/Medicaid/Medicare

Fuente de Ingreso	Usted	Miembro del Hogar 1	Miembro del Hogar 2	Miembro del Hogar 3	Subtotal
Empleo n.º 1	\$	\$	\$	\$	\$
Empleo n.º 2	\$	\$	\$	\$	\$
Empleo n.º 3	\$	\$	\$	\$	\$
Seguro Social/SSI	\$	\$	\$	\$	\$
Discapacidad	\$	\$	\$	\$	\$
Jubilación/Pensión	\$	\$	\$	\$	\$
Subsidios a Veteranos	\$	\$	\$	\$	\$
Manutención Infantil	\$	\$	\$	\$	\$
Pensión Alimenticia	\$	\$	\$	\$	\$
Desempleo	\$	\$	\$	\$	\$
Otro	\$	\$	\$	\$	\$
				TOTAL	\$

Debe incluir un comprobante para cada tipo de ingreso, como un formulario W-2, declaración de impuestos, talonarios de cheques o carta oficial de subsidios. Desafortunadamente, no se pueden tomar en cuenta las facturas al solicitar una reducción de tarifa.

Miembros del Hogar (todas las personas que viven en su casa o departamento)		
Nombre	Relación	Edad

Prometo que la información provista en este formulario es verdadera a mi entender. Entiendo que cualquier información falsa o **fuentes de ingresos faltantes** pueden **descalificarme** del programa de reducción de tarifa.

Acepto informar a Chase Brexton si hay un cambio significativo en mis ingresos.

Firma del Paciente: _____ Fecha: _____