



## Aplicación del Programa de Descuento

El Programa de descuento es un programa federal que permite a Family Health Matters (FHM) brindar servicios y consultas a un precio reducido y económico. La elegibilidad se basa únicamente en los ingresos y el tamaño de la familia. Para ser elegible para el descuento, debe proporcionar un comprobante de ingreso y una lista de todos los miembros de la familia. Debe informar cualquier cambio en los ingresos familiares o en el número de miembros del hogar cuando ocurran estos cambios. La información debe actualizarse cada doce (12) meses o con cualquier cambio en los ingresos o el tamaño del hogar.

### Información del paciente

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_-\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

¿Tiene seguro médico?  Sí  No

### Ingresos de la familia

Nombre de Persona:	Ingreso:	Frecuencia (circule uno):	Nombre del Empleador:
Usted:	\$	Cada dos Semanas Mensual Anual	
Esposo(a):	\$	Cada dos Semanas Mensual Anual	
Hijo:	\$	Cada dos Semanas Mensual Anual	
Hijo:	\$	Cada dos Semanas Mensual Anual	
Otro:	\$	Cada dos Semanas Mensual Anual	

Otros Ingresos	Usted	Esposo(a)	Hijo	Hijo	Total:
Seguro Social					\$
Asistencia Pública					\$
Pensiones/Retiros					\$
Desempleo					\$
Manutención de Hijos					\$
Otro					\$
Total:					\$

- Declaro que he trabajado y recibido un pago de \$ \_\_\_\_\_ por  
(Seleccione uno)      [ ] Día [ ] Semana [ ] Dos semanas [ ] Mes
- Declaro que no tengo un recibo de sueldo u otra documentación que pruebe mis ingresos.
- Declaro que no estoy empleado y que no tengo ingresos de ningún tipo.
- Declaro que toda la información que he proporcionado es verdadera, completa y puede ser verificada.

**Información del hogar**

Enumere todas las personas que viven en su hogar, incluido usted.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social

Certifico, por este medio y bajo mi mejor conocimiento, que toda la información incluida en este formulario es verdadera y correcta. Entiendo que proporcionar información falsa o no informar ingresos o informar de un cambio en los ingresos puede descalificarme para consideración para el programa de descuentos disponibles en Family Health Matters Community Health Center y puede resultar en sanciones bajo la ley federal, incluidas multas y penas de prisión. Si califico para el programa de descuento, voy a cumplir con todas las reglas y regulaciones establecidas por Family Health Matters Community Health Center. Afirmo que he leído y entiendo todos los términos y condiciones.

\_\_\_\_\_

Firma (de paciente/padre o madre/tutor)

\_\_\_\_\_

Fecha

**Testigo:**

Soy testigo de que este paciente no puede proporcionar documentación de ingresos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_