



APLICACIÓN PARA LA ESCALA MÓVIL DE HONORARIOS

INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDO	NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	NO. SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN – CIUDAD/ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
NO. DE TELÉFONO (CASA)	NO. DE TELÉFONO (CELL)

INFORMACIÓN DEL HOGAR

NOMBRE DE ESPOSO/A	
FECHA DE NACIMIENTO	NO. SEGURO SOCIAL

LISTA DEPENDIENTES DECLARADOS EN SU DECLARACION DE INGRESOS

NOMBRE	NO. SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN
NOMBRE	NO. SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN
NOMBRE	NO. SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN
NOMBRE	NO. SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN
NOMBRE	NO. SEGURO SOCIAL	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN

PRUEBA DE INGRESOS

Usted debe traer prueba del ingreso. ☐ Forma de los Impuestos más reciente ☐ Form 4506-T

– He completado esta aplicación para la elegibilidad de la escala móvil y juro que toda la información es correcta a lo mejor de me conocimiento.

– **También entiendo que un pago nominal de \$35.00 será solicitado en cada visita con el médico, un pago nominal de \$40.00 será solicitado en cada visita con el dentista y \$20.00 pago nominal en cada visita de Salud del Comportamiento y que será responsable por cualquier balanza.**

– Los ajustes de escala móvil se volverá 60 días a partir de la fecha de aprobación de la aplicación.

FIRMA DEL PACIENTE	FECHA
--------------------	-------

Eligibility Information – For Office Use Only Annual Gross Income \$ _____ # of Dependents _____

_____ Application Approved ☐ Nominal Fee Only ☐ 20% Payment ☐ 40% Payment ☐ 60% Payment ☐ 80% Payment

_____ Application Denied - RESPONSIBLE FOR 100% OF BILL

PROCESSED BY	DATE
--------------	------