



## 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 mi 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