



Sliding Fee Scale Application

Información del Apicante			
Nombre (Apellido, Nombre, Segundo nombre)	Fecha de nacimiento: / /	# de Seguro Social	
Dirección de casa:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Dirección de envió: (Si es diferente a la dirección de casa)	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Mejor # de contacto ()	Correo electrónico:		
Estado Civil (círculo uno)	Soltero	Pareja	Casado Divorciado Separado Viudo

Circule cualquier beneficio, programa o seguro médico que usted o cualquier persona en su hogar tenga.:

- Medicaid Medicare CHIP Programa de Healthy Texas Woman SNAP
 TANF WIC Beneficios de Salud del VA Seguro Privado Seguro Dental

Información del hogar: Listé a todas las personas que viven con usted, con quienes comparte los gastos y brinda apoyo financiero:				
Nombre	Fecha de nacimiento	# de Seguro Social	Sexo	Relación
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
Tamaño total de la familia:				

Ingresos del hogar: Listé los ingresos de cualquier miembro del hogar. Incluya cheques del gobierno, dinero del trabajo, pensiones de jubilación, pensión alimenticia, contribuciones mensuales en efectivo, manutención de niños y beneficios de desempleo.			
Nombre de la persona que recibe dinero	Cantidad	Frecuencia (círculo uno)	Tipo de ingreso
1.	\$	Semanal Quincenal Mensual Anual	
2.	\$	Semanal Quincenal Mensual Anual	
3.	\$	Semanal Quincenal Mensual Anual	
4.	\$	Semanal Quincenal Mensual Anual	
5.	\$	Semanal Quincenal Mensual Anual	

Yo afirmo que la información en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que cualquier información engañosa o falsa, y / u omisiones pueden descalificarme de una mayor consideración por el programa de tarifas móviles y me sujetarán a sanciones según las leyes federales, que pueden incluir multas y encarcelamiento. Además, estoy de acuerdo en informar a Mission East Dallas si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si la aceptación del programa de tarifa móvil se obtiene en virtud de esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y normas de Mission East Dallas. Por la presente, reconozco que leo la divulgación anterior y la entiendo.

Imprime su nombre : _____ Firma : _____ Fecha : _____



MISSION EAST DALLAS
FAMILY MEDICAL & DENTAL CENTER
Sliding Fee Scale Application



Para uso de la oficina solamente

Asignación de escala de tarifa móvil _____ Fecha efectivo: _____

Aprobado por: _____ Fecha: _____

Lista de verificación (Copias adjuntas)	SÍ / Cantidad usada
Nueva Aplicación	
Renovar	
Identificación válida: Gobierno emitido con foto, actual por los últimos 5 años	
Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior (formulario 1040), 2 talones de pago más recientes	
Verificación de ingresos - Miembro del hogar 1	\$
Verificación de ingresos - Miembro del hogar 2	\$
<i>Verificación de ingreso de adulto adicional - Miembro del hogar 3</i>	\$
<i>Verificación de ingreso de adulto adicional - Miembro del hogar 4</i>	\$
<i>Verificación de ingreso de adulto adicional - Miembro del hogar 5</i>	\$

Tamaño de la familia (ve Información del hogar) _____ (registrado como "Dependientes" en eCW)

Ingreso bruto (Anual) \$ _____ (1+2+3+4+5)

Miembros del hogar inscritos 1. _____

(ve Información del Hogar – debe ser como en eCW) 2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Fecha que paquete de bienvenida fue dado / Iniciales _____

(Documentalo en Información Misc. en la página de "Información de paciente")