



Programa De Descuentos Según La Escala De Tarifas

Es política de PEDIM Healthcare brindar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Los descuentos se ofrecen según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información y devuélvala a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a aquellos servicios o equipos que se compren fuera, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos y la interpretación de rayos X por parte de un radiólogo consultor, y otros servicios similares. Este formulario debe completarse cada 12 meses o si su situación inanciera cambia.

NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR			NOMBRE DEL JEFE DEL HOGAR	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DEL TELÉFONO

Indique su esposo/a y dependientes menores de 18 años.

Nombre		Fecha de Nacimiento	Nombre		Fecha de Nacimiento
SER			DEPENDIENTE		
ESPOSO/A			DEPENDIENTE		
DEPENDIENTE			DEPENDIENTE		
DEPENDIENTE			DEPENDIENTE		

Ingreso Anual del Hogar

Fuente	Ser	Esposo/a	Otro	Total
Sueldos, salarios, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o Ingreso de jubilación				
Intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia externa al hogar y otras fuentes diversas				
Ingresos Totales				

NOTA: Es posible que se requieran copias de declaraciones de impuestos, recibos de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento.

Certifico que el tamaño de la familia y la información familiar que se muestran arriba son correctos.

Nombre	Fecha	Firma

Office Use Only

Patient Name: _____

Approved Discount: _____

Approved By: _____

Date Approved: _____

Verification Checklist	Yes	No
Identification/ Address: Driver’s license, utility bill, employment ID, or other		
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other		
Insurance: Insurance Cards		

Approval By Office Manager: _____