

AUTO DECLARACIÓN DE INGRESO DEL HOGAR

Nombre completo del aplicante:	Persona Responsable:
Domicilio:	Fecha de nacimiento (DOB):
Ciudad, Estado, Código postal:	Número de teléfono primario:

- **Todos los solicitantes** que utilicen el formulario de declaración de ingresos propios del hogar también deben completar una aplicación de descuento de tarifa del plan de escala.
- **Solo se permite llenar 2 veces** la forma de declaración de ingresos del hogar.
- Si un solicitante **no ha completado una cita de elegibilidad del plan de escala** antes de su tercera visita a la oficina, **ellos serán completamente responsables de los costos de la visita.**

Por favor proporcione su ingreso anual del hogar
(Antes de deducciones)

\$

Por favor proporcione el número de personas que
viven en su hogar.

Firmando, testifico que a partir de la fecha de mi firma, he proporcionado mi mejor estimación de los ingresos de mi hogar y del número de personas en mi hogar. Entiendo que el auto declaración de hoy de mi ingreso familiar sólo está permitido dos veces. Entiendo que si no hago una cita de elegibilidad de plan de escala antes de mi próxima visita a la oficina, seré completamente responsable de los costos de la visita.

Firma del solicitante/ o Persona Responsable

Fecha

--	--

Los pacientes NO completan la información de abajo

TODAY THE ABOVE APPLICANT QUALIFIES FOR SCALE _____ BASED ON THE INFORMATION PROVIDED.

THE ABOVE APPLICANT HAS SCHEDULED A SLIDING FEE DISCOUNT ELIGIBILITY APPOINTMENT ON

DATE:	TIME:
--------------	--------------

Office Staff Signature: _____