



Aplicación para La Escala de Honorarios
Válido hasta el 31 de Marzo, 2019

Informacion Personal

Apellido: _____ Nombre: _____
 Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ No. Seguro Social: ____ - ____ - ____
 Dirección: _____
 _____ No. de Teléfono (casa) (____) - ____
 Ciudad/Estado: _____ No. de Teléfono (cell) (____) - ____
 Código Postal: _____

Informacion 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
_____	____ - ____ - ____	____ / ____ / ____	_____
_____	____ - ____ - ____	____ / ____ / ____	_____
_____	____ - ____ - ____	____ / ____ / ____	_____
_____	____ - ____ - ____	____ / ____ / ____	_____
_____	____ - ____ - ____	____ / ____ / ____	_____

Prueba de Ingresos

Usted debe traer prueba del ingreso. () Forma de los Impuestos mas reciente () Form 4506-T

-He completado esta aplicación para el descuento de Honorarios y juro que toda la información es correcta a lo mejor de mi conocimiento.

-También entiendo que un pago mínimo de \$25 sera pedido en cada visita con el medico, y un pago minimo de \$30 sera pedido en cada visita con el dentista y sera respnable por cualquier balanza.

-Ajustos volveran 60 dias desde la fecha en que se aprobo la aplicacion.

Firma del Paciente Fecha

Eligibility Information - for office use only

Annual Gross Income \$ _____ Number 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: