



Aplicación para La Escala de Honorarios  
Válido hasta el 31 de Marzo, 2020

**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: