



APLICACIÓN PARA LA ESCALA MÓVIL DE HONORARIOS

INFORMACIÓN PERSONAL

APELLIDO _____ NOMBRE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NO. SEGURO SOCIAL _____

DIRECCIÓN – CIUDAD/ESTADO, CÓDIGO POSTAL _____

NO. DE TELÉFONO (CASA) _____ NO. DE TELÉFONO (CELL) _____

INFORMACIÓN 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 más reciente Form 4506-T

- He completado esta aplicación para la elegibilidad de la escala móvil y juro que toda la información es correcta a lo mejor de me conocimiento.
- **También entiendo que un pago nominal de \$30.00 será solicitado en cada visita con el médico, un pago nominal de \$35.00 será solicitado en cada visita con el dentista y \$10.00 pago nominal en cada visita de Salud del Comportamiento y que será responsable por cualquier balanza.**
- Los ajustes de escala móvil se volverá 60 días a partir de la fecha de aprobación de la aplicación.

FIRMA DEL PACIENTE _____ FECHA _____

Eligibility Information – For Office Use Only Annual Gross Income \$ _____ # 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 _____