



Spanish Community Center

303 Sumner Street PO Box 61
Landisville, NJ 08326
T: 856-697-2967 F: 856-697-0061
3900 Ventnor Avenue
Atlantic City, NJ 08401
T: 609-345-1249 F: 609-345-8533

SLIDING FEE DISCOUNT APPLICATION

La póliza de Spanish Community Center es brindar servicios independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor complete la siguiente información. El descuento se aplicará a servicios específicos recibidos en Spanish Community Center.

NOTA: Para cumplir con la normativa, para poder ofrecerle un descuento en nuestros servicios, es necesario que le hagamos algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán en archivo y serán confidenciales. Debe verificar sus ingresos al menos cada año. Traiga su declaración anual de impuestos, los últimos cuatro talones de cheques de pago o cualquier otra forma de ingreso. Solo se usarán el tamaño de la familia y los ingresos anuales para determinar su elegibilidad y calcular su descuento.

1. Información General

Nombre de cabeza de familia:					
Nombre de la(s) persona(s) que recibirá(n) los servicios:					
Direccion:					
Ciudad:		Estado:		Código Postal	
Seguro Social:				Fecha de nacimiento	
Telefono				Email:	
# de personas en casa:				Estado civil:	

2. Información del hogar

a. Indique su pareja y los dependientes menores de 18 anos

	Nombre	Fecha de nacimiento		Nombre	Fecha de nacimiento
Yo			dependiente		
Pareja			dependiente		
dependiente			dependiente		
dependiente			dependiente		
dependiente			dependiente		

3. Información de ingresos

- a. Completa para todos los miembros del hogar que estén empleados. Se debe proporcionar comprobante de ingresos (declaración de impuestos y/o últimos cuatro talones de pago)

Nombre	Nombre del empleador	Ingresos	Frecuencia
Otra forma de ingresos:		Cantidad	
Otra forma de ingresos:		Cantidad	
Otra forma de ingresos:		Cantidad:	

NOTA: Se deben adjuntar COPIAS de las declaraciones de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe un descuento. NO se devolverán copias.

Por la presente juro o afirmo que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que cualquier información engañosa o falsificada, y/u omisiones pueden descalificarme de una mayor consideración para el programa de tarifas variables. Además, acepto informar al Spanish Community Center si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se obtiene la aceptación del programa de tarifa variable bajo esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y regulaciones del Spanish Community Center. Por la presente reconozco que leí la divulgación anterior y la comprendo.

Nombre: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Office Use Only

Client Name: _____

Recommended Discount: _____

Approved Discount: _____

Final Amount paid by client _____

Approved by: _____

