Family Health Services	Título: Solicitud del Programa de Descuento de Cuota Variable TELÉFONO: 419-502-2800 • FAX: 419-502-2821 Válido desde el 20 de marzo de 2025 hasta el 19 de marzo de 2026	ID #: FD1006 Efectivo: 12/17/2025 Página: 1

Family Health Services (FHS) proporciona servicios independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos basados en el ingreso total del hogar y el número de personas que viven en el hogar. Se utiliza una escala de tarifas variables para calcular el descuento básico y se actualiza cada año utilizando las pautas federales de pobreza.

Una solicitud completa, incluyendo la verificación de ingresos, debe ser enviada a la oficina de negocios para su revisión dentro de los 30 días siguientes a su cita. Una vez que la oficina de negocios revise la solicitud, se determinará si se puede aplicar un descuento. La oficina de negocios notificará al paciente el estado de su solicitud una vez que se complete el proceso de revisión.

☐ Me niego a solicitar el Programa de Descuento de Cuota Variable. (Por favor, complete el nombre del paciente a continuación y firme y feche este formulario)

APELLIDO DEL PACIENTE:	NOMBRE DEL PACIENTE:	MI:
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA):	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	
DIRECCIÓN:		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO CELULAR:	TELÉFONO DE CASA:	

¿Es usted un estudiante universitario menor de 23 años que vive en casa con sus padres?	SÍ	NO

Enumere a los miembros adicionales del hogar a continuación. Cualquier persona mayor de 18 años que viva en el hogar deberá proporcionar un comprobante de ingresos con esta solicitud. Adjunte una página adicional si necesita más espacio.

1. NOMBRE/ RELACIÓN/ EDAD:	INGRESO BRUTO MENSUAL:
2. NOMBRE/ RELACIÓN/ EDAD:	INGRESO BRUTO MENSUAL:
3. NOMBRE/ RELACIÓN/ EDAD:	INGRESO BRUTO MENSUAL:
4. NOMBRE/ RELACIÓN/ EDAD:	INGRESO BRUTO MENSUAL:
5. NOMBRE/ RELACIÓN/ EDAD:	INGRESO BRUTO MENSUAL:
6. NOMBRE/ RELACIÓN/ EDAD:	INGRESO BRUTO MENSUAL:

Debe proporcionar un comprobante de ingresos para ser aprobado para este programa. Tarifa nominal de $20 por cada visita médica, dental y de salud conductual.
La verificación de ingresos puede incluir recibos de pago, W2, 1099, las declaraciones de impuestos más recientes, transcripción de impuestos, asistencia pública, auto certificación.

Entiendo que toda la información proporcionada será confirmada por Family Health Services. También entiendo que proporcionar información falsa resultará en una denegación automática de la Solicitud del Programa de Escala de Tarifas Variables y seré responsable de los cargos incurridos durante los servicios prestados.

FIRMA DEL PACIENTE:	FECHA:
NOMBRE IMPRESO:	

SOLO PARA USO DE LA OFICINA:

¿Se adjunta un comprobante de ingresos para cada miembro del hogar mayor de 18 años?				SÍ	NO
Nivel de escala asignado:	I (Tarifa Nominal)	II	III	IV	V - Descuento no disponible
Firma del personal:				Fecha:	