

Aplicación Para La Escala De Descuento
 United Community Health Center
 Storm Lake, IA 50588

Nombré de el Garante _____	# de Garante _____
Nombre anterior _____	Fecha de nacimiento _____
Dirección _____	Apt/Lote # _____ #de Teléfono _____
Ciudad _____	Estado _____ Código postal _____

Usted o alguien en su familia han aplicado para el medical (titulo XIX) Si No Cuando _____

Por favor liste todos los miembros de su hogar incluyéndose a usted.

MR #	Nombre	Fecha de nacimiento	# de Seguro	Empleador/ocupación	Relación

Por favor indique cuales de las siguientes Fuentes de ingresos usted recibe en su hogar quien las recibe y que tan seguidos las recibe:

		Quien		Que tan seguido				Quien		Que tan seguido	
Si	No	Empleo			Si	No	Beneficios veteranos				
Si	No	Manutención para niños			Si	No	Propiedades de renta				
Si	No	Desempleo			Si	No	SS,SSI,SSD				
Si	No	Fip/Welfare			Si	No	Compensación al trabajador				
Si	No	Pensión Compensatoria			Si	No	Empleo por cuenta propia				
Si	No	Pension			Si	No	Salarios en efectivo				
Otro: _____											

Usted está obligado a presentar pruebas de ingresos mencionados anteriormente, a fin de completar su solicitud. Las siguientes son formas aceptables de ingresos

- Forma actual de impuestos federales(1040-1040EZ)
- Estado de cuenta actual, mostrando el depósito directo por (Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, Programa de Inversión Familiar, Manutención de niños)
- Pensión alimenticia, beneficios veteranos
- 4 semanas de los más recientes cheques si le pagan semanal.
- Orden judicial de pensión alimenticia o manutención de los hijos o impresión de los pagos de manutención infantil
- Declaración del empleador por salarios en efectivo (debe incluir el nombre del empleador, dirección y número de teléfono)
- Carta de adjudicación
- Copia impresa de la oficina de emisión de pago
- Carta del cuidador.

Al firmar abajo, yo certifico que la información proporcionada es verídica y exacta. También entiendo que es mi responsabilidad actualizar mi información de ingresos cuando cambia. Me doy cuenta de que la clínica está utilizando dinero de los impuestos federales para ayudarme a recibir atención médica. Yo entiendo que dar información falsa con respecto a mi ingreso es considerado fraude contra el gobierno de los estados unidos.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

Aplicación introducida por: _____ Fecha: _____ Fecha de vencimiento: _____