



Sliding Fee Discount Application

Es política de City Prime Health proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. City Prime Health ofrece descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales.

Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica, pero no a los servicios o equipos comprados fuera, incluidas las pruebas de laboratorio de referencia, los medicamentos, la interpretación de rayos X por un radiólogo consultor y otros servicios similares. Debe completar este formulario cada 12 meses o si su situación financiera cambia.

Nombre				
Dirección	Ciudad	Estado	Código	Teléfono

Enumere a todos los miembros del hogar, incluidos los menores de 18 años.

	Nombre	Fecha de nacimiento
Mismo		
Otra		
Otra		
Otra		



Fuente	Mismo	Otra	Totales
Sueldos brutos, salarios, propinas, etc.			
Ingresos de negocios y trabajo por cuenta propia			
Compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o Ingreso de jubilación			
Interés; dividendos; regalías; ingresos de propiedades de alquiler, sucesiones y fideicomisos; pensión alimenticia; manutención de los hijos; asistencia desde fuera del hogar; y otras fuentes misceláneas			
Ingresos totales			

Certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos que se muestra arriba es correcta.

Nombre (Impresión): _____

Firma: _____

Fecha: _____



City Prime
HEALTH

Office Use Only

Patient Name: _____

Approved Discount: _____

Approved by: _____

Date Approved: _____

Verification Checklist	Yes	No
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or other		
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other		

Self-declaration of income may also be used.