



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.