



Programa De Descuento Por Un Día Declaración Temporal

La clínica de Unicare Community Health Center ofrece un Programa de Descuento para las familias de bajo recursos que tienen un ingreso anual bajo del 200% de la tabla de nivel de pobreza Federal. El programa requiere ciertas verificaciones de elegibilidad para determinar elegibilidad de un año. Pendiente estas verificaciones, el programa también ofrece elegibilidad presunto de un día para recibir servicios médicos pendiente de llenar la aplicación y proveer las verificaciones requeridas.

Para recibir el descuento por el día de hoy, se requiere llenar esta forma para la visita cuando no tiene disponible la documentación necesaria para una aplicación formal. El Descuento Por Un Día está limitado a una ocasión cada seis (6) meses.

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____

Dirección: _____ Zona Postal _____

Teléfono: (____) _____ Celular: (____) _____

del Seguro Social (Opcional): _____ Esta empleado ____ Yes ____ No Age _____

Tengo seguro médico: ____ Si ____ No Tipo: _____

El ingreso anual de la familia:

Total de personas en la familia
inmediata:

____ Necesito el programa para mi.

____ Quiero incluir a los siguientes miembros de la familia: _____

Programa de Descuento por Un Día

Aprobado para el nivel _____ Aprobado por: _____

Declaro que el día de hoy no me es posible producir la documentación para la aplicación formal del Programa de Descuento. Aseguro que la información proveída es la correcta. Entiendo que esta forma solo aplica para la visita de hoy y tendré que proceder con la aplicación y verificaciones necesarias para recibir el programa de un año. Entiendo que la información no verificada en esta forma no garantiza que puedo calificar por el mismo nivel de descuento cuando se verifique mi información.

Si la información anterior es falsa, entiendo que es posible que tenga la responsabilidad de pago razonable para los servicios recibidos el día de hoy.

Firma

Fecha