



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC. APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO

____ No estoy interesado en revelar mi información financiera, por lo tanto, mi familia y yo no somos elegibles para el programa de descuento de tarifa deslizante.

____ Estoy interesado en revelar mi información financiera para una evaluación del programa de descuento sobre los servicios médicos y dental.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE		Fecha de hoy: / /	
Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Número de teléfono:		Otros Nombres:	

TODOS LOS MIEMBROS ADULTOS DE LA VIVIENDA (INCLUYÉNDOSE A USTED)			
Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Seguro médico si esta activamente enrollado(a)
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	
		/ /	

FUENTE DE INGRESOS – Enliste todos los miembros de la familia que recibe ingresos

DECLARE EL INGRESO DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA VIVIENDA (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES.)					
	Usted	Cónyuge	Niños	Otros	
Empleo					
Seguro Social					
Asistencia Publica					
Pensión de Retiro					
Manutención de los hijos, Pensión por divorcio o separación					
Otros Ingresos					
TOTAL	\$	\$	\$	\$	\$

VERIFICACIÓN DE INGRESO

- ☐ Adjunto se encuentra mi documentación de ingresos– registros de impuestos, talones de pago, carta del empleador.
- ☐ Tengo otros medios de ingresos
- ☐ Me pagan en efectivo.
- ☐ Trabajo por mi cuenta.
- ☐ Recibo dinero o asistencia de parte de _____
- ☐ Recibo sostén de vivienda y alimento de _____
- ☐ Tengo ingreso de renta de propiedad
- ☐ No puedo recibir una carta de mi empleador.



UNICARE COMMUNITY HEALTH CENTER, INC. SLIDING FEE SCALE APPLICATION

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
----------------	-----------------	-----------	----------------------

Certifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y correcta. Si algo de la información es falso, incompleto o con el propósito de engaño, se me puede obligar a pagar los cargos completos por los servicios prestados de acuerdo con la table establecida. También entiendo que debo informar a Unicare Community Health Center si hay un cambio significativo en el total de ingreso. Si se me otorga el descuento por medio de esta aplicación, esto de acuerdo en seguir las reglas del programa de descuento y doy mi consentimiento de acceso a toda información necesaria para confirmar la información de elegibilidad si fuera necesario. Por la presente, acepto que he leído y entiendo la información proveída.

FIRMA

FECHA

INTERNAL USE ONLY

Income verification using (Circle One):

Previous Year Tax Return Payroll Check Stubs Proof of Social Security Self-Attestation Form
Employer Letter Other (Specify) _____

Annual Gross Income Calculations:

1. Paycheck stubs (3 pay periods preferred) Weekly – Average x 52 weeks \$ _____
Biweekly- Average x 26 \$ _____
Twice a month – Average x24 \$ _____

2. Previous Year Tax Return – Gross Income (line changes every year)

2025 1040 and 1040SR Line 11a \$ _____

2025 1099 (Total income lines) \$ _____

3. W2 - Check duration of employment and calculate is not annual - Line 1 – Wages \$ _____

4. Other – Check duration of benefit and calculate accordingly if not annual \$ _____

Eligible Family Size: _____ Total Gross Household Income: \$ _____ Scale: _____

REVIEWED BY: UCHC STAFF (SIGNATURE)

DATE

APPROVAL BY: OFFICE MANAGER (PRINT NAME)

SIGNATURE