



Solicitud de descuento / tarifa variable

La póliza de UMMA Health es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos a todos los pacientes en función de los ingresos y el tamaño de la familia. Complete la siguiente información y regrese a la recepción para determinar si usted y / o los miembros de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en UMMA, pero no a los servicios que se compran desde el exterior, tales como: medicamentos, referencia, pruebas de laboratorio, interpretación de rayos X por un radiólogo consultor y otros servicios similares. Con la esperanza de que su salud económica mejore, se requerirá una nueva aplicación. El descuento se otorgará durante 12 meses, después de los cuales debe volver a solicitar. Por favor, pregunte en la recepción si tiene preguntas.

Número total de Personas que viven en su hogar, ("Familia" consiste en todas las personas que viven juntas en una casa o departamento, ya sea que estén relacionadas con la persona que solicita el descuento o no): _____

Miembros de la Familia	Nombre	Fecha de Nacimiento	Diario	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual
Yo							
Cónyuge/Pareja							
Dependiente							
Otro							
Total							

Ingreso familiar total: _____ *Nota:* Incluya los ingresos de todas las personas relacionadas en la familia y los ingresos de todas las fuentes, incluidos: salarios brutos, propinas, seguridad social, discapacidad, pensiones, anualidades, pagos de veteranos, negocios netos o trabajo por cuenta propia, pensión alimenticia, manutención infantil, militar, desempleo, ayudas públicas y otros.

Certifico que el tamaño de la familia ya la información de ingresos que se muestra arriba es correcta.

Nombre (En Letra Impresa)

Firma/Fecha

STAFF USE ONLY

Verification Checklist (attach copies)	Yes	No	N/A
Identification: Driver's License, employment ID, or another picture ID			
Proof of Address: Driver's License, Utility bill, or other			
Income: Prior year tax return, three most recent pay stubs, or other			
Staff Name: _____	Date Reviewed: _____		