



## Aplicación para el Programa de Acuerdo al Ingreso Económico

Para su asistencia, contamos con un programa de descuento de acuerdo al ingreso económico. Para poder determinar si usted califica, facilítenos la siguiente información.

Padre/guardián legal: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador: \_\_\_\_\_

**INGRESOS EN LA FAMILIA:** Incluye el ingreso de todas las personas en la familia.

**Ingresos para menores de edad que solicitan servicios de Planificación Familiar:** Solo se reportan los ingresos del menor.

**¿Cuántas personas son compatibles con este ingreso?** \_\_\_\_\_

Utilice el número de personas que viven en la misma casa y comparten ingresos, alimentos y alquiler. Ese número puede incluir a sí mismo, su cónyuge, y todos los dependientes.

**Indicar todas las fuentes de ingresos para su hogar. Compruebe todo lo que corresponda.**

Salarios y sueldos		Beneficios de huelga	
Beneficios de desempleo		Asistencia pública	
Ingresos de auto empleo		Manutención de los hijos	
Beneficios de seguro social		Beneficios de veteranos	
Pensión de retiro		Manutención	
Compensación de trabajo		Otro ingreso	

**INGRESO BRUTO ANUAL TOTAL \$**  (Ingreso bruto es antes de impuestos y deducciones)

Deben documentarse todas las fuentes de ingresos. Dependiendo de su fuente de ingresos, al menos uno de los siguientes documentos se requiere con esta aplicación:

1. Dos talones de cheques (mas recientes)
2. Documento del Estado de Beneficios
3. Cuenta de estado del banco (para depósitos directos)
4. Ordenes de corte u otros documentos

Si no he suministrado **prueba de ingresos** hoy, lo haré dentro de **30 días** o estar sujeto a la **carga completa** para todos los servicios.

Certifico que la información que he provisto en esta aplicación es verdadera y precisa y reconozco que está sujeta a verificación ulterior.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha