**SECCIÓN A. Información del paciente** (APLICABLE A TODOS LOS PACIENTES)

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

**SECCIÓN B. Información de los ingresos del hogar** (APLICABLE A TODOS LOS PACIENTES)

Tamaño del hogar (incluido usted) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ingreso mensual/anual $ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECCIÓN C. Prueba de ingresos** (Necesitamos prueba de sus ingresos para considerarlo para la escala de pagos)

***Enumere a su cónyuge y dependientes***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Nombre*** | ***Fecha de nacimiento:*** | ***Nombre*** | ***Fecha de nacimiento:*** |
| USTED |  | DEPENDIENTE |  |
| CÓNYUGE |  | DEPENDIENTE |  |
| DEPENDIENTE |  | DEPENDIENTE |  |
| DEPENDIENTE |  | DEPENDIENTE |  |

***Ingresos del hogar***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  ***Fuente*** | ***Usted*** | ***Cónyuge*** | ***Otros*** | ***Total*** |
| Salarios brutos, sueldos, propinas, etc. |  |  |  |  |
| Ingresos de empresas, trabajo por cuenta propia (línea 22 del formulario 1040 y dependientes) |  |  |  |  |
| Seguro de desempleo, compensación por accidentes laborales, seguro social, seguridad de ingreso suplementario, otros programas gubernamentales, beneficios de asistencia pública para veteranos |  |  |  |  |
| Ingresos obtenidos por inversiones, pensión alimenticia, manutención de los hijos |  |  |  |  |
| ***Ingreso total*** |  |  |  |  |

**NOTA: Antes de que se apruebe un descuento, puede ser necesario verificar el ingreso mediante copias de las declaraciones de impuestos, talones de pago o W2, autodeclaración, carta del empleador, carta de verificación de la asistencia pública,**

**documento firmado por una persona que proporciona apoyo económico al paciente, carta de un refugio para personas sin hogar.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lista de verificación** | **Sí** | **No** |
| Ingresos: Declaración de impuestos del año anterior, tres talones de pago más recientes u otros. |  |  |
| Seguro: Tarjetas de seguro (para la responsabilidad del paciente) |  |  |

**SECCIÓN D. Denegación/Declinación**

[ ]  Denegación del paciente (si un paciente se niega a ser evaluado, se le cobrará automáticamente la tarifa completa)

**FIRMA**

**Afirmo que la información que figura en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que cualquier información engañosa, falsificada u omitida puede descalificarme de ser considerado para el programa de escala de pagos y se me someterá a sanciones, de acuerdo con las leyes federales, que pueden incluir multas y encarcelamiento. También acepto que debo informar a CCHC si hay un cambio significativo en mis ingresos. Si se me acepta en el programa de escala de pagos en base a esta solicitud, cumpliré con todas las reglas y reglamentos de CCHC.**

**Por la presente confirmo que he leído la información anterior y la entiendo.**

Firma del paciente, padre o aval \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma de PCC \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de PCC en letra de molde\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_