

Texas A&M Primary Care & Population Health
Solicitud de Descuento de Tarifa Deslizante Paciente

| | | | | |
|---|-----------------------|--|------------------------------|----------------|
| Información del Paciente | | | Fecha de Hoy: / / | |
| Primer Nombre: | Segundo: | Apellido: | Otros Nombres: | |
| Domicilio: | | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Dirección: | | Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| Teléfono de Casa #: | Teléfono Móvil #: | | | |
| Fecha de Nacimiento: | Numero Seguro Social: | ¿Tiene seguro medico? Si No | | |
| Estado Civil: Soltero en una Relación Casado Divorciado Separado Viudo | | | | |

| Tamaño del Hogar | | |
|-------------------------|---------------------|----------|
| Nombre | Fecha de Nacimiento | Relación |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |
| | / / | |

| | |
|---|---|
| <p>Nota: Para cumplir con las regulaciones federales, con el fin de darle un descuento en nuestros servicios médicos, es necesario hacer algunas preguntas personales. Sus respuestas se mantendrán en archivo y en estricta confidencia. Se debe comprobar su ingreso por lo menos cada año. Sus declaraciones anuales de impuestos, una copia de su formulario W-2, talones del último mes, copias de sus cheques de seguro social u otros controles que pueden recibir será prueba suficiente. Su ingreso anual y el tamaño de su familia se utilizará para calcular su descuento.</p> | <p>Escala de honorarios deslizantes: A – 100% de descuento B – 80% de descuento C – 60% de descuento D --40% de descuento E--20% de descuento F – 0% de descuento</p> |
|---|---|

| Ingresos del Hogar | | | |
|---------------------------|----------|-----------------------------|-------------|
| Nombre | Cantidad | Frecuencia (círculo uno) | Empleador : |
| | \$ | Semanal Mensual Anual | |
| | \$ | Semanal Mensual Anual | |
| | \$ | Semanal Mensual Anual | |
| | \$ | Semanal Mensual Anual | |
| | \$ | Semanal Mensual Anual | |
| Total: | \$ | Semanal Mensual Anual | |

| |
|---|
| Internal Use Only: Date _____ Reviewed by: _____ Approved SFS Level: _____ Reason disapproved: _____ |
|---|