

Es necesario hacer preguntas personales para poder determinar si usted califica para obtener descuentos en sus visitas médicas. Si usted elige no completar esta forma no será elegible para obtener un descuento. Esta información es confidencial y será mantenida en su archivo médico.

Nombre del Paciente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

1. Seguros Médicos: Yo recibo beneficios médicos de los siguientes seguros médicos:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Blue Shield PPO |
| <input type="checkbox"/> Medi-Cal / CalOptima | <input type="checkbox"/> Molina Health Care of California HMO |
| <input type="checkbox"/> No estoy recibiendo ningún beneficio médico. | <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado |

2. Ingresos de la Familia: Mi familia recibe \$ _____ por cada:

- Semanal (52) Quincenal (26) Dos Veces Por Mes (24) Mensual (12) Anual (1)

Si no tiene ingresos:

- Mi familia no recibe salarios ni ingresos. No estoy trabajando, o recibiendo beneficios del seguro de desempleo o seguro de incapacidad. Mis ingresos son \$0.

3. Tamaño Familiar: Miembros en la familia: _____

Al firmar abajo yo certifico que la información de arriba es precisa y correcta y que he reportado todos mis ingresos. Yo reconozco que será requerido a verificar mis ingresos anualmente y proveeré verificación de ingresos cuando sea requerido.

Firma del paciente o guardián legal: _____ Fecha: _____

FOR STAFF USE ONLY:

Calculate: \$ _____ (family income) X _____ (per year) = \$ _____ (annual income)

Enter annual income to calculate Sliding Fee Payment Amount: \$ _____ per visit.

Comments:

Additional income documentation provided:

- Check Stubs
 Tax Forms (W2, Disability, SSI)
 Bank Statement
 Other: _____

PATIENT REFUSED TO SIGN CERTIFICATION OF INCOME FORM

Staff Initials: _____ Date: _____