



Número de Cuenta. _____

Dirección de la Clínica _____

APLICACION PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO

Nombre del Solicitante _____
 Apellido _____ Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____

Dirección _____
 Número y Calle. _____ Ciudad _____ Zona postal _____

Seguro Social # _____ Teléfono de la casa. _____ Celular #. _____

EN LISTA LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA INCLUYENDO USTED

BCHF No.	APELLIDO Y NOMBRE	SU RELACION CON EL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO	ESTA PERSONA TIENE SEGURO MEDICO
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

NUMERO TOTAL DE MIEMBROS DE FAMILIA #

FUENTE DE INGRESOS – Todos miembro de la familia debe de proveer todo Fuente de ingreso.

- Reporte de Impuesto
- Compensación de trabajo
- Pensión Alimenticia
- Desempleo/Discapacidad
- Carta de Empleo
- Talones de Cheque
- Militar/Veterano
- Manutención de hijos
- Asistencia Publica
- Carta de vivienda
- Trabaja por su cuenta
- Seguro Social
- Pensión/Retiramiento
- Carta de Apoyo Económico
- Otro

NOMBRE	FUENTE DE INGRESO	FRECUENCIA (SEMANTAL, CADA DOS SEMANA, QUINCENAL MENSUAL)	CANTIDAD	(Para uso de la oficina) TOTAL ANUAL DE INGRESOS
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

TOTAL ANUAL DE INGRESOS \$

Certifico que la presente información es correcta y completa. Si algo de la información es falso, incompleta o con el propósito de engaño, se me puede obligar de pagar los precios completos por los servicios recibidos de acuerdo a la tabla establecida. Con mi firma, doy consentimiento de verificar toda fuente de información que pueda justificar la presente aplicación.

Firma del Solicitante _____

Fecha _____

FOR OFFICE USE ONLY

I certify that I asked the applicant/recipient about all sources of income received by the household before using this form, and that I made the best efforts to obtain all other possible sources of documentation. The information reported on this form and all attached documents were provided solely by the applicant/recipient. I did not modify the information in any way.

DOCUMENTS PROVIDED IN THE APPLICATION:

PROOF OF INCOME	<input type="checkbox"/> Profit & Loss (3 months)	<input type="checkbox"/> Alimony	<input type="checkbox"/> In Kind Donation of Room and Board
<input type="checkbox"/> Tax Return	<input type="checkbox"/> Public Assistance (Cal-Works)	<input type="checkbox"/> Child Support	<input type="checkbox"/> Cash Gift or Temporary Support
<input type="checkbox"/> W-2 Form	<input type="checkbox"/> Social Security (SSA, SSD, SSI, RSDI)	<input type="checkbox"/> Military family allotments	<input type="checkbox"/> Savings
<input type="checkbox"/> 1099 MIC., 1099 INT.	<input type="checkbox"/> Unemployment	<input type="checkbox"/> Royalties & Annuity payments	<input type="checkbox"/> Inheritance
<input type="checkbox"/> Pay check stubs	<input type="checkbox"/> Workers Compensation	<input type="checkbox"/> Interests & Dividends payments	<input type="checkbox"/> Sale of Property
<input type="checkbox"/> Employment Letter	<input type="checkbox"/> State Disability	<input type="checkbox"/> Income from rents	<input type="checkbox"/> Gifts Income
<input type="checkbox"/> Self Declaration of Income	<input type="checkbox"/> Pension/Retirement		

Calculation and Notes:

Family Size:		Total Gross Annual Household Income		
		\$		
Sliding Fee Level:	Nominal Fee	Dental Fee	Effective:	Expires:
	\$ _____	Fee \$ _____		
		Or % _____		
Processed by			Date	