

Para: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Paciente)

Fecha: \_\_\_\_\_

**Formulario de autodeclaración:**

Apreciamos la oportunidad de ofrecerle los servicios de salud. Se le pedirá que llene nuestro formulario de información para el paciente y formulario de historia clínica.

Todos los cargos y tarifas se basan en una escala basada en su honorario. Servicios prestados deben ser pagado para la fecha de los servicios. La escala de pago se basa en ingresos y el tamaño total del hogar. Para calificar para la escala de pago, usted debe proporcionar una de las siguientes fuentes de información:

1. Un talonario de su sueldo actual
2. Copia de su cheque de discapacidad
3. Su cheque de SSI
4. Cheque de desempleo
5. Declaraciones de estado de cuenta de su desempleo
6. Cheque de apoyo para el niño
7. Orden judicial asentamientos
8. Declaración de Impuesto
9. Cualquier otro escrito de sus declaraciones de ingresos

Las fuentes de pagos aceptables son en efectivo, tarjeta de crédito, Medicare, Medicaid y HMO / seguros privado.

**Auto declaración de información requerida:**

Es mi actual ingreso del hogar \$ \_\_\_\_\_.

Mi actual número de miembros del hogar son \_\_\_\_\_.

He leído la siguiente información y pude entender la cualificación y la documentación necesaria para solicitar la balanza de pago. Además, entiendo que el formulario de autodeclaración es válido por un año desde el día que lo firmo.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Empleado: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_