



**Community Health and Dental Care, Inc.**  
**Solicitud de descuento del cuidado de la salud**

Por favor complete la solicitud e incluya informacion sobre sus ingresos.

**Informacion Personal**

Apellidos:	Nombre:
Fecha de nacimiento:	Numero de Seguro social:
Direccion de residencia:	Numero de telefono de casa:
	Numero de Celular:
City/State/Zip:	Correo electronico

**Informacion del hogar-** Escriba todos los miembros del hogar que declaro en su formulario de impuesto (1040, 1040A and/or 1040EZ) y otras formas.

Nobre completo	Numero de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Relacion

**Por favor escoja la situacion que mejor describa su vivienda.**

- Vivo en una casa/apt que alquilo/arrendamiento o es propia
- Vivo con miembros de familia y no tengo costo the vivienda
- Me estoy quedando con una serie the amigos o familia extendida temporalmente
- Me estoy quedando en una vivienda de apoyo o transional (come una vivienda soria o casa de recuperacion)
- Vivo en una intalacion publica or privada que provee refugio temporalmente (como un refugio, mision, facilidad de accupacion de habitacion individual)
- E sido liberado de una institucion (come carcel o un hospital) sin una vivienda estable para volver a
- Vivo en la calle, en un auto estacionado, acera, parque, edificio abandonado o cualquier situacion inestable, no permanente
- Vivo en un orfanato ambiental

**Circule la cantidad que es mas cercana a su ingreso familiar**

\$12,000	\$13,500	\$15,000	\$16,500	\$18,000	\$19,500	\$21,000	\$22,500	\$24,000	\$25,500
\$27,000	\$28,500	\$30,000	\$31,500	\$33,000	\$34,500	\$36,000	\$37,500	\$39,000	\$40,500
\$42,000	\$43,500	\$45,000	\$46,500	\$48,000	\$49,500	\$51,000	\$52,500	\$54,000	\$55,500
\$57,000	\$58,500	\$60,000	\$61,500	\$63,000	\$64,500	\$66,000	\$67,500	\$69,000	\$70,500
\$72,000	\$73,500	\$75,000	\$76,500	\$78,000	\$79,500	\$81,000	\$82,500	\$84,000	\$85,500

Yo e completado esta aplicacion para la elegibilidad de cuidado de salud y confirm que toda la informacion es correcta segun mi conocimiento. Yo entiendo que un pago minimo de \$20.00 por servicios Medicos, Vision, BH/\$35.00 por servicios dentales y \$5.00 por el Dispensario sera recogido en el momento de cada visita. Yo entiendo que los descuentos estan disponibles independientemente de mi condicion de Seguro y si no califico para un descuento, sere responsable de pagar el 100% de los cargos facturados. Por ejemplo, si soy elegible para un descuento del 80% voy a ser responsable del 20% de los cargos aplicables. Soy conciente de que el descuento no se aplica a las tarifas de laboratorios medicos y dentales. Yo entiendo que individuos auto-declarados en el descuento puede ser cambiado por aprobacion administrativa.

- Community Health and Dental Care me a ofrecido y me explico los beneficios de la solicitud para el descuento del cuidado de salud. En este momento he decido no solicitar el descuento del cuidado de salud. Yo entiendo que puedo aplicar en otro momento si cambio de idea o mi situacion personal cambia, numero de miembros de mi familia, el seguro o los ingresos. Entiendo que si mi estado cambia, debo notificar a CHDC en mi próxima visita. es decir, aumento en la paga, empleo.

Firma de el solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**No escribe debajo de esta linea-Informacion de elegibilidad– Para uso de la oficina Unicamente comprobante de ingresos**

- Most recent Income Tax Returns (1040, 1040A, 1040EZ; applicable adjusted gross income line)
- Two recent pay stubs (check one)      \_\_\_ Weekly \_\_\_ Biweekly \_\_\_ Monthly
- Social Security/Disability letters
- Proof of Residency
- Other: \_\_\_\_\_

Annual Gross Income \$ \_\_\_\_\_

Family Size: \_\_\_\_\_

**Patient discount applied to applicable charges:**

- Medical/Vision Discount:       100%  80%  60%  40%  20%  0%
- Dental Discount:                 100%  70%  55%  40%  25%  0%
- Dispensary Discount:             100%  80%  60%  40%  20%  0%

Processed by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_