

TARIFA VARIABLE - SOLICITUD PARA RECIBIR DESCUENTOS

La política de Willamette Dental Group es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad del paciente para pagar. Se ofrecen descuentos de acuerdo con el ingreso anual de la familia y el número de dependientes de la misma. Por favor, complete la información requerida y regrese la solicitud a la recepción para determinar si usted o cualquier miembro de su familia son elegibles para un descuento.

El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en esta clínica. El descuento no se aplicará a ningún servicio(s) o equipo recibido fuera de Willamette Dental Group, incluyendo prescripciones y otros servicios similares. Esta solicitud debe completarse al menos una vez cada 12 meses o cada vez que su situación financiera cambie.

NOMBRE DE CABEZA DE FAMILIA		LUGAR DE EMPLEO		
DIRECCION	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO

Indique el cónyuge y los dependientes menores de 18 años.

NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO	NOMBRE COMPLETO	FECHA DE NACIMIENTO
Su Nombre		Dependiente	
Cónyuge		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	

Ingreso Anual del Hogar

FUENTE DE INGRESO	USTED	CÓNYUGE	OTRO	TOTAL
Salarios brutos, sueldos, propinas, etcétera				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación para trabajadores, beneficios de Seguro Social, beneficios de Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pensión de veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingreso de jubilación				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia de fuera del hogar y otras fuentes diversas				
Ingresos Totales				

NOTA: Se requieren copias de las declaraciones de impuestos, talones de pago o la información de verificación (enumerada anteriormente) antes de que se pueda aprobar un descuento. También se debe incluir una copia de su licencia de conducir o una identificación de empleo con esta solicitud.

Certifico que el tamaño de la familia y los ingresos indicados son correctos.

Nombre (en letra de molde) _____

Firma _____ Fecha _____

Office Use Only

Patient Name: _____

Approved Discount: _____

Approved By: _____

Date Approved: _____

VERIFICATION CHECKLIST	YES	NO
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or other		
Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other		
Insurance: Insurance Cards		