



Solicitud de Descuento de Tarifas Variables

Es política de Willamette Dental (WD) proporcionar servicios esenciales de atención primaria independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos según el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor, complete la siguiente información y entréguela a la recepción o envíela por correo electrónico a memberservices@willamettedental.com para determinar si usted o algún miembro de su familia es elegible para obtener un descuento.

El descuento aplica a todos los servicios de atención primaria cubiertos por el Programa de Descuento de Tarifas Variables (Sliding Fee Discount Program, SFDP) recibidos en las oficinas participantes de WD o mediante referencias realizadas por dentistas de esas oficinas. El descuento no aplicará a ningún servicio o equipo que no sea considerado un servicio de atención primaria cubierto por el SFDP, independientemente de la recomendación de los proveedores de las oficinas participantes de WD. Este formulario debe completarse al menos una vez cada 12 meses o cada vez que cambie su situación financiera.

Nombre de cabeza de familia		Lugar de empleo		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

Por favor, incluya a su cónyuge y dependientes menores de 18 años.

Nombre	Fecha de nacimiento	Nombre	Fecha de nacimiento
Usted		Dependiente	
Cónyuge		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	
Dependiente		Dependiente	

Si corresponde, incluya la información de cualquier seguro dental vigente:

Nombre de la aseguradora y teléfono:	Nombre del suscriptor	Fecha de nacimiento del suscriptor	N.º de suscriptor	N.º de grupo



Ingresos Anuales del Hogar

Fuente	Usted	Cónyuge	Otros	Total
Salarios brutos, sueldos, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por cuenta propia y dependientes				
Compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, asistencia pública, pensión de veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos por jubilación				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, ayuda de personas fuera del hogar y otras fuentes diversas				
Ingresos Totales				

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

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

Nombre (en letra de molde) _____

Firma _____ Fecha _____

Solo para uso de la oficina - 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		