

<b>Nombre:</b>
<b>Direccion:</b>
<b>Ciudad, Estado:</b>
<b>Codigo Postal:</b>
<b>Telefono:</b>
<b>Seguro Social #:</b>
<b>Fecha de Nacimiento:</b>

**Enterprise Valley Medical Clinic**

<i>Sliding Fee Eligibility Form</i>
Es necesario que hagamos preguntas personales para darle descuento en su cuenta médica. Esta información se mantendrá en el archivos en nuestra clínica en estricta confianza. Debe verificar sus ingresos una vez al año. Su declaración anual de impuestos con una copia de su formulario W-2, talones de cheques de nómina que cubren los últimos seis meses, o copias de sus cheques de seguridad social, u otros cheques que pueda recibir serán prueba suficiente. Sus ingresos anuales se utilizaran para calcular el nivel de su pago.

Fecha Hoy:  ¿Numero personas viven en su hogar?

Cuál es su estado civil?  Casado/a  Viudo/a  Soltero/a  Divorciad/o/a  Separado/a

Posee o alquila su casa?  Posee  Alquila  Vive con Alguien

Cantidad de ingresos de familia?	<b>Usted</b>	<b>Su Esposo/a</b>	<b>Sus Hijos</b>	<b>Otra Persona</b>	<b>Ingresos total de familia</b>

Lugar de Empleo?	<b>Usted</b>	<b>Su Esposo/a</b>	<b>Sus Hijos</b>	<b>Otra Persona</b>

Tiene dinero en su cuenta de ahorros?	\$ <input type="text"/>	Tiene alguna propiedad de alquilar?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Tiene dinero en su cuenta de cheques?	\$ <input type="text"/>	Posee acciones o certificados?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

<b>Fuentes</b>	<b>Usted</b>	<b>Su Esposo/a</b>	<b>Sus Hijos</b>	<b>Otra Persona</b>	<b>Fuentes total</b>
Seguro Social					
Asistencia Publica					
Pension de Jubilacion					
Estampillas					
Ingresos por Alquilar					
Ingresos de Intereses					
Manutencion					
Otro (Especificar)					

Tiene algún tipo de seguro que cubra una porción de su gasto medico? Si, lista abajo  No

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

De nombres, direcciones, y teléfono de dos personas que no sean miembros de la familia que puedan verificar sus ingresos.

Nombre:	Nombre:
Direccion:	Direccion:
Ciudad, Estado:	Ciudad, Estado:
Telefono:	Telefono:

Declaro que la información anterior es cierta y le he dado permiso a Enterprise Valley Medical Clínica para investigar cualquier información dada en esta solicitud. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencia. También entiendo que si mis ingresos deben cambiar que estoy obligado a notificar a la recepcionista en mi próxima visita a la clínica.

Firma:	Fecha:	<i>Clinic Purpose Only</i> Income Code:
--------	--------	--