



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO POR CUOTA VARIABLE

Puede optar a pagar un precio reducido por algunos servicios y tratamientos en nuestros centros de salud. La cantidad exacta que pague dependerá de sus ingresos y del tamaño de su familia. Se trata de la "escala móvil". Animamos a todos los pacientes, con o sin seguro, a rellenar una solicitud para participar en nuestra subvención federal. Una vez que reúna los requisitos para la escala móvil, podrá utilizarla durante 12 meses. Si sus ingresos o el tamaño de su familia cambian durante esos 12 meses, debe comunicárnoslo.

¿Desea solicitar nuestro Programa de Descuento por Deslizamiento de Tarifas? SI NO

¿Qué servicios ha recibido usted/su familia de la OCD? MÉDICO___ DENTAL___ SALUD CONDUCTUAL___ QUIROPRÁCTICA___

Fecha: _____ Nombre del garante: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Número de la Seguridad Social: _____

¿Trabaja actualmente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Hay alguien más en el hogar con empleo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Algún miembro de la unidad familiar recibe prestaciones estatales o federales (prestaciones en metálico, SSI, etc.)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
¿Algún miembro del hogar recibe otras fuentes de ingresos?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Ingresos mensuales totales de la unidad familiar Consulte el reverso de la hoja para ver los requisitos de las pruebas	\$ _____	Sin ingresos

ENUMERE A CONTINUACIÓN TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR - INCLUYENDO LA FECHA DE NACIMIENTO Y EL PARENTESCO

NOMBRE DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA Escriba usted mismo en la primera línea etiquetada SELF	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE
		MISMO

Yo, el solicitante, me comprometo a informar a ODHC si hay algún cambio en los ingresos de mi hogar en cualquier momento. Entiendo que es mi responsabilidad suministrar toda la información solicitada, que puede incluir formularios W-2 así como mi declaración de impuestos. También entiendo que si no tengo la información requerida en mi próxima visita, se me retirará de la Escala móvil hasta que se presente dicha información.

Firma del garante _____ Fecha _____

Revisión y cálculo de la solicitud por (personal de la ODHC): _____ Fecha _____



Email: registration@odhc.org

Fax: 507-388-5901

Address: 309 Holly Lane, Mankato, MN 56001