MATTAPAN COMMUNITY HEALTH CENTER

1575 Blue Hill Avenue, Mattapan, MA 02126 | ph. 617-296-0061 | fax. 617-296-5408 | www.mattapanchc.org

Solicitud para escala de tarifas móviles

Información del paciente		**Fecha de hoy:** / /	
Primer nombre:	Segundonombre:	Apellido:	Otros nombres:
Dirección particular:		Ciudad:	Estado: Código postal:
Dirección postal:		Ciudad:	Estado: Código postal:
N.º de teléfono de casa: ( ) -		N.º de teléfono de casa: ( ) -	
Fecha de nacimiento: /	N.° de Seguro Social (Opcional) - -	¿Tiene seguro? (Marque una opción con un círculo)(Opcional)	Sí No
Estado civil: (Opcional)	Soltero En una relación Casado Divorciado Separado Viudo		

Grupo familiar		
Nombre	**Fecha de nacimiento**	**N.° de Seguro Social (Opcional)**
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -
	/ /	- -

NOTA: En virtud de las reglamentaciones federales, para poder ofrecerle un descuento en nuestros servicios, tenemos que hacerle algunas preguntas personales. Sus respuestas serán estrictamente confidenciales y se mantendrán archivadas.

Debe verificar sus ingresos al menos una vez al año.

Bastará que presente como prueba su declaración de ingresos más reciente, una copia del formulario W-2, los talones de pago del mes anterior, copias de los cheques del seguro social o de otros cheques que reciba. **El descuento** se calculará a partir de sus ingresos anuales y el tamaño su grupo familiar.

Ingresos familiares

Nombre	**Cantidad**	**Frecuencia (marque una opción con un círculo)**	**Empleador:**
Usted	$	Semanal Mensual Anual	
Cónyuge	$	Semanal Mensual Anual	
Hijos	$	Semanal Mensual Anual	
Otra persona	$	Semanal Mensual Anual	
	$	Semanal Mensual Anual	
TOTAL	$	Semanal Mensual Anual	

Otros ingresos	**Usted**	**Cónyuge**	**Hijos**	**Otro**	**Subtotal**
Seguro social					
Asistencia pública					
Jubilación					
Manutención infantil, pensión alimenticia					
Ingresos por intereses					
Otros					
				TOTAL	$

Por medio de la presente, juro o afirmo que la información brindada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Acepto que cualquier tipo de información engañosa o falsificada o de omisión puede hacer que no se me considere para el programa de tarifas móviles y me sometan a sanciones en virtud de la ley federal, lo cual puede incluir multas y encarcelamiento. Además, me comprometo a informar a Mattapan Community Health Center si se produce un cambio significativo en mis ingresos. Si mediante esta solicitud obtengo la aceptación al programa de tarifas móviles, cumpliré con todas las reglas y regulaciones aplicables. Por la presente reconozco que he leído y comprendido la divulgación anterior

Fecha: _____ Nombre (en letra imprenta) _____

Firma: _____