

Solo para uso de la oficina: [casilla de verificación] ¿Es la autorización para un servicio dental de fase II? S N

Si la respuesta es sí, el personal debe recopilar la verificación de ingresos.



Formulario del Programa de Descuento de Tarifa Variable

Le proporcionaremos atención, aunque no pueda pagarla. Podría ser elegible para recibir descuentos según sus ingresos y el tamaño familiar. Hay descuentos disponibles, incluso si tiene seguro.

Nombre del/la paciente: _____ Fecha de nacimiento del/la paciente: _____

1. ¿Cuál es el tamaño de su familia, incluido/a usted? (Use la definición a continuación).

2. ¿Cuál es el ingreso total anual de las personas incluidas en su familia en la pregunta 1?

\$ _____ Semanal Quincenal Mensual Anual

3. Seleccione 1 (una) opción a continuación:

Certifico que la información ingresada anteriormente es correcta a mi leal saber y entender. Acepto informarle a Thundermist si el tamaño de mi familia cambia. Entiendo que los cambios en el tamaño de mi familia o en mis ingresos podrían modificar mi elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable de Thundermist.

No quiero participar en el Programa de Descuento de Tarifa Variable de Thundermist.

Nombre de la parte responsable en letra de imprenta (si no es el/la paciente)

Fecha

Firma de la parte responsable

Fecha

* Tamaño familiar: Inclúyase e incluya a otras personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan con usted. La familia también incluye a las personas que no son parientes, pero viven en la misma casa y forman parte de la familia, ya sea como dependientes o sostén de esta. Los niños y las niñas de acogida no se incluyen en el tamaño familiar.