



Today's Date: \_\_\_\_\_

Patient # \_\_\_\_\_

**APLICACION PARA ESCALA MOVIL**

El Centro de Salud y Bienestar le ofrece a pacientes sin seguro un descuento en sus facturas medicas y dentales si califican en la escala movil. El porcentaje del descuento esta basado en los ingresos de todos los miembros de la vivienda y el numero de miembros en la vivienda. Si usted desea aplicar para este descuento necesitamos verificacion de ingresos. **Su ingreso debe ser verificado con copias de sus cheques dentro de 30 días de la visita, sus impuestos actuales/W2, adeudos del seguro social, notas de desempleo, estados bancarios del mes anterior, carta que diga que no tiene ingreso de alguien fuera del domicilio, carta de la universidad que diga que el alumno no tiene ingresos.**

Por favor enliste a TODOS los miembros de la familia:

Nombre	INGRESOS <i>(for office use only)</i>

**TODOS INGRESOS DEBE SER VERIFICADOS CON COMPROBANTE DE INGRESOS ANTES DE QUE EL DESCUENTO DE LA ESCALA MOVIL SE EFECTUE!**

**\*\*Pacientes aplicando para el programa de la escala movil esta OBLIGADA a contactar al Centro de Salud y Bienestar si su INGRESO y/o ESTATUS DE VIVIENDA cambia, o si usted se vuelve elegible para ASEGURANZA.**

For office use only:

Total # of members in household	_____	Total household YEARLY income:	_____
Total household WEEKLY income:	_____	SLIDING FEE CATEGORY:	_____
Total household BI-WEEKLY income:	_____		
Total MONTHLY income	_____	DATE:	_____