
Solicitud para el Programa de Descuento con Tarifa Reducida

Pediatric Wellness of Northern New York tiene la política de proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente¹. La clínica ofrece descuentos basados en el tamaño de la familia y el ingreso anual².

Para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento, complete la siguiente información y entréguela en la recepción³. El descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en la clínica, pero no a servicios o equipos comprados a proveedores externos, como pruebas de laboratorio, medicamentos, interpretaciones de radiografías por radiólogos consultores y otros servicios similares⁴.

Debe completar este formulario cada 12 meses o si su situación financiera cambia⁵.

Información del Paciente

- **Nombre del Paciente:**
- **Dirección:**
- **Teléfono:**
- **Fecha de Nacimiento del Paciente:**
- **Ciudad, Estado, Código Postal:**

Miembros del Hogar

Por favor, enumere a todos los miembros del hogar, incluyéndose a usted mismo.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco

Fuentes de Ingresos Anuales

Por favor, enumere todas las fuentes de ingresos anuales.

Fuente	Usted (paciente)	Otros	Total
Salarios brutos, sueldos, propinas, etc.			
Ingresos de negocios y autoempleo			
Compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos a veteranos, beneficios de sobreviviente, pensión o ingresos de jubilación			

Intereses, dividendos, regalías, ingresos de propiedades de alquiler, patrimonios y fideicomisos, pensión alimenticia, manutención de menores, asistencia de fuera del hogar, y otras fuentes varias			
Ingreso Total			

Certificación

Certifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos mostrada arriba son correctos⁶.

- **Nombre en Letra de Molde:**
- **Firma:**
- **Parentesco con el Paciente:**
- **Fecha:**