

Frontera Healthcare Network

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Certificado de Ingresos**

Entiendo que el centro de salud determinará mi elegibilidad en base a estas figuras. Entiendo además que si me declaran haber dado información inexacta, será motivo para el centro de salud al no permitir mi descuento y me cobran para algún descuento recibido basado en la información falsa.

Firma \_\_\_\_\_

**Personas Viviendo en el Hogar**

Nombre	Fecha de nacimiento)	Genero	Relacion)
_____	____-____-____	_____	_____
_____	____-____-____	_____	_____
_____	____-____-____	_____	_____
_____	____-____-____	_____	_____

Fuente de ingresos

Los ingresos

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La Cantidad anual \_\_\_\_\_ Numero de personas en el hogar \_\_\_\_\_ Code \_\_\_\_\_

Firma de personal de la oficina \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Fecha de vencimiento \_\_\_\_\_

Registro Federal

Horario de descuento basado en limites de ingreso federal de pobreza de HHS

Nota: Ningún paciente se negará servicios basan en la incapacidad documentada a pagar

\_\_\_\_\_ Mediante la firma de esta línea, se niegan a proporcionar información financiera y que soy consciente de que no soy elegible para descuentos.