



Aplicación para Tarifas Descontadas

Es la política de HealthWorks para el Norte de Virginia proporcionar servicios esenciales, independientemente de la capacidad del paciente para pagar. El programa de descuento es ofrecido de acuerdo al ingreso anual de la familia y el número de dependientes de la misma. Hogar se define como el jefe de la familia, cónyuge o pareja, los niños menores de 18, los padres, los abuelos y los hijos mayores de edad si aún dependen del jefe de la familia. Por favor, complete la información requerida para determinar si usted o los miembros de su familia / hogar son elegibles para tarifas de descuento. Pueden aplicarse cargos adicionales al final de la visita, si el paciente ha recibido servicios adicionales, tales como exámenes de laboratorio, procedimientos, material o equipo médico, inyecciones o vacunas.

Jefe de Hogar (1)			
Nombre Completo:		Número teléfono de casa: ()	
Dirección:		Número de Celular: ()	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Fecha de nacimiento Mes Día Año / /
Jefe de Hogar (2)			
Nombre Completo:		Número teléfono de casa: ()	
Dirección:		Número de Celular: ()	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Fecha de nacimiento Mes Día Año / /
Todos los Dependientes de los Jefes de Familia			
Nombre Completo	Fecha de nacimiento	Nombre Completo	Fecha de nacimiento
1.	/ /	4.	/ /
2.	/ /	5.	/ /
3.	/ /	6.	/ /

✓ Yo certifico que la información acerca del tamaño de la familia y el ingreso que se muestra en la parte superior es correcta.

Jefe de Hogar (1)	Jefe de Hogar (2)
Firma:	Firma:
Fecha:	Fecha:



Para Uso Oficial Solamente

Annual Household Income				
Source of Income	Self - Head of Household (1)	Head of Household (2)	Other	Total
Gross wages, salaries, tips Income from business, self-employment, day labor				
Income from dependents/others, unemployment compensation, workers compensation, SSI, Social Security, Public Assistance, Food Stamps, TANF, pension or retirement				
Interest, dividends, rents, alimony, child support, and miscellaneous sources				
Total Annual Income				

Verification Checklist	Yes	No
Identification/Address: Driver's License, utility bill, employment ID, other		
Income: two most recent pay stubs, tax return, employer statement, other		
Insurance: Insurance card(s)		

Approved By (Print Name): _____

Date: _____