



**Solicitud de Escala de Tarifas Reducidas**

Athens Neighborhood Health Center ofrece una tarifa ajustada según los ingresos para todos los pacientes, tanto asegurados como no asegurados. Tenga un cuenta que no somos una clínica gratuita y dependemos de los pagos de los pacientes para mantener nuestras operaciones. Si cumple con los requisitos de ingresos y del hogar, puede solicitar un pago reducido. Para solicitar tarifas reducidas, llene el formulario de solicitud y proporcione la documentación necesaria de los ingresos. El descuento es válido por un año, pero cualquier cambio en el tamaño de la familia o los ingresos requiere una solicitud nueva y la actualización de la prueba de ingresos.

**Instructions:**

- Enumere a todas las personas que viven en el hogar, su relación y fecha de nacimiento.
- Enumere la cantidad que recibió cada persona durante las últimas 4 semanas. **Los ingresos brutos son el salario/sueldo antes de cualquier retención por impuestos u otros beneficios. Los ingresos brutos no ganados incluyen: Compensación laboral, SSI, Manutención infantil, Desempleo o apoyo continuo de cualquier persona que no esté incluida en el hogar.**
- Autodeclaración: Puede solicitar una vez al año sin necesidad de presentar prueba de ingresos. Este descuento es válido por 10 días y se requiere prueba de ingresos para continuar recibiendo descuentos.

Nombre	Relación con el Solicitante	Fecha de Nacimiento	Patrón o Fuente de Ingresos	Ingreso Bruto Ganado	Ingreso Bruto No Ganado
Uno mismo:					
Esposo/Esposa:					
Otra:					
Otra:					
Otra:					

Certifico que no tengo seguro de salud ni ningún otro beneficio que cobra mi atención médica sobre la cual no haya proporcionado información. Además, certifico que la información proporcionada arriba es precisa según mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información falsa en este formulario puede resultar en mi descalificación para recibir atención bajo el programa de descuentos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO DE OFICINA:** Please enter the date, along with the household size and income details. Calculate the amount on a weekly, monthly, or annual basis, and refer to the Federal Poverty Table to determine the appropriate Sliding Fee discount. By completing this form, you certify that the information provided is accurate to the best of your knowledge.

Household Size: \_\_\_\_\_ Total Earned Income \$ \_\_\_\_\_ Total Unearned Income \$ \_\_\_\_\_ Total Household Income \$ \_\_\_\_\_

SFS Level \_\_\_\_\_ Verification Method: \_\_\_\_\_ Staff Member: \_\_\_\_\_