



Cleveland Avenue Dental Center
501 N. Cleveland Avenue, Suite 1
Winston-Salem, NC 27101
336-703-3090

Aplicación para descuento de tarifa variable

Yo, confirmo que la siguiente información es correcta y exacta a lo mejor de mi conocimiento. He informado de todas las fuentes de ingresos a la Clínica Dental Cleveland Avenue y he puesto correctamente todos los miembros del hogar. Si hay cualquier cambio de información (número de personas que viven en el hogar, el ingreso anual, etc.), entiendo que debo informar de ello a la Oficina de Recepción en la próxima visita. Esta solicitud debe ser actualizada anualmente. En caso de que llegue a nuestro conocimiento que la información proporcionada es fraudulenta o falsa no se le permitirá al paciente a utilizar la tarifa variable/escala móvil y será responsable de pagar los costos dentales al 100%, mientras sea nuestro paciente.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Responsable (si el paciente es menor de edad): _____

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS

____ Talones de cheques
____ Compensación por desempleo
____ Forma de verificación del empleador
____ Otro (alistar): _____
____ Número de personas en el hogar
____ Ingreso anual total en el hogar

____ Ingreso Suplementario de seguridad (SSI)
____ Beneficios de la Administración de Veteranos
____ Beneficios del Seguro Social
____ Número que trabajan en el hogar

Office use Only/ Solo para uso de oficina

Sliding Scale Placement Percentage: _____ Staff initial: _____

Entiendo que soy responsable económicamente de todos los costos.

X _____
(Firma del Paciente / Padre)

Fecha _____

X _____
(Representante Dental Center /DCR)

Fecha _____



Cleveland Avenue Dental Center
501 N. Cleveland Avenue, Suite 1
Winston-Salem, NC 27101
336-703-3090

Verificación de los ingresos de la familia

Por favor, rellene la siguiente información en relación con los ingresos de toda la familia. La familia incluye a todos los miembros que viven en la casa. El ingreso familiar se considera todos los ingresos aportados por todos los miembros de la familia.

Nombre del paciente _____ Fecha de Nacimiento: _____

Hoja de ingresos

Nombre de cada miembro de la familia	Ingresos de cada miembro de la familia
Ingreso Total (añadir todos los ingresos):	

_____ Número de personas en el hogar

** Si hay miembros adicionales en el hogar, por favor adjunte hoja. **

_____ Ingresos del hogar (ingresos combinados de todos los miembros de la familia)

Confirmo que esta información es correcta y exacta al mejor de mi conocimiento. He informado de todas las fuentes de ingreso a la Centro Dental Cleveland Avenue. Si alguna información cambia, voy a informar a la oficina de recepción en la próxima visita)

_____ Firma del miembro de la familia

_____ Fecha

_____ Nombre impreso de miembro de la familia

Fuentes de ingresos incluyen (pero no se limitan Salarios, sueldos, dineros de asistencia pública , los ingresos del trabajo por cuenta propia, compensación por desempleo, pensión alimenticia, beneficios del Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), administración de beneficios de Veteranos (VA), compensación de trabajador self-employment, unemployment compensation, alimony, Social Security benefits, Supplemental Security Income (SSI), Veteran’s Administration (VA) benefits, Workers compensation