

N.º de la cuenta: «Número de la cuenta»

Solicitud de devolución por: _____

SOLICITUD DEL PROGRAMA DE DESCUENTOS

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Apellido:	Nombre:	Inicial del segundo nombre:	
Dirección de correo/domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
N.º de teléfono:	Seguro social:	Fecha de nacimiento:	
Condado en el que vive:	N.º de vivienda:		
Seguro (si lo tiene):	Medicaid	Ninguno	
	Medicare	Otros (especifique)	

INFORMACIÓN DEL GRUPO FAMILIAR (Listar todo en grupo familiar, relacionado por sangre/matrimonio/adopción y económicamente responsable de cada uno).

Apellido	Nombre	N.º de seguro social	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante	También solicita	
					Sí	No
				Misma persona		

*Marque aquí si hay más personas en la parte de atrás.

TIPO DE INGRESOS QUE RECIBE LA VIVIENDA

Fuente	Usted		Cónyuge/Pareja		Otros		Cantidad total	Cuántas veces	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No		Mensual	Anual
Salario/Trabajo independiente									
Desempleado									
Seguro social/discapacidad									
Pensión/A anualidades/Otros									

ACUERDO DEL SOLICITANTE DEL PROGRAMA DE DESCUENTOS

- Entiendo que mi porcentaje de descuento puede cambiar tras la revisión final de mi solicitud.
- Entiendo que debo entregar un comprobante de ingresos aceptable por cada persona que aparece en esta solicitud.
- Entiendo que es mi responsabilidad informar a Valley Health de cualquier cambio en la información dada arriba.

- Entiendo que debo renovar mi solicitud cada año, con un comprobante de ingresos, para seguir siendo un participante activo.
- He leído más términos de la Política del Programa de Descuentos con Tarifas Móviles (Sliding Fee Discount Program Policy) y estoy de acuerdo con cada uno.

Por la presente certifico que la información dada en esta solicitud es precisa y autorizo a Valley Health Systems a que verifique toda la información mencionada arriba.

REQUERIDO: Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETA CON LA DOCUMENTACIÓN A SU CENTRO DE SALUD DE VALLEY O A ESTA DIRECCIÓN:

Valley Health-Business Office; Attn: Sliding Fee Coordinator * 5636 Route 60, Suite 1B* Huntington, WV 25705

