



Fecha Dada: _____ Fecha Recivida: _____

Solicitud para El Programa de Descuento Numero de Paciente _____

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: ___ FdN: ___ / ___ / ___

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Estado: ___ Código Postal: _____

Numero De Teléfono (casa):(_____) _____ Teléfono De Celular:(_____) _____

Información del Hogar

Indique los nombres de nacimiento y las fechas de nacimiento de todos los miembros del hogar que viven en la dirección anterior.

<u>Miembros de la Familia</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Relación</u>
<u>1</u>		
<u>2</u>		
<u>3</u>		
<u>4</u>		
<u>5</u>		
<u>6</u>		
<u>7</u>		
<u>8</u>		
<u>9</u>		
<u>10</u>		

Miembros de familia adicionales enumerados en la parte posterior de la aplicación. **Rechazo el Programa de descuento:**

Por la presente Certifico que la información anterior es, a lo mejor de mi conocimiento, verdadero y correcto y que está sujeta a verificación por FHLC. Además acepto notificar a FHLC de cualquier cambio en esta información dentro de los diez 10 días de ese cambio y que debo no lo hacen, o si la información es falsa, pago a plena carga por mi responsabilidad. Entiendo que debo volver a calificar anualmente para mantener mi elegibilidad. Soy consciente de que esta información se revisa y se basa en las pautas federales de pobreza, publicado anualmente por el Gobierno Federal. **Pago de todos los servicios de desplazamiento es debido y pagadero al tiempo de servicios.** Entiendo que Dental servicios especiales deslizantes honorarios deberá ser pagados en completo antes de trabajos dentales pueden proceder. Entiendo que si yo soy referido a otro proveedor o dentista, FHLC no es responsable por el costo de cualquier visita de referencia. Entiendo que algunas pruebas de laboratorio se le cobrará a través de un tercero, que se encargará de. Si eres incapaz de hacer el pago en el momento del servicio, por favor pida hablar con un consejero financiero para discutir otros arreglos.

X _____ Fecha: _____

FIRMA DEL PACIENTE O LA PERSONA RESPONSABLE

* Toda la documentación para determinar si debe girarse a la oficina dentro de 30 días de ser vistos.

Información de elegibilidad-para uso de oficina solamente



Fecha Dada: _____ Fecha Recivida: _____

Household Income:	\$ _____	<input type="checkbox"/> Supporting Documentation (Or if no income, Self-Attestation Form required)
Application Level	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	County: _____
Approved by FHLC Name:	Date: _____	

Miembros de la familia

1.

2.

3.

4.

5.

6.