

Juro y afirmo bajo la ley que toda la información provista es verídica. He recibido el libretto de información del Programa de Reducción de Pagos y entiendo mi responsabilidad como participante del programa. Su información financiera no será dada a ninguna otra agencia. Debe pagar el mismo día de su cita. La reducción de pago puede ser retroactiva hasta 90 días a partir de la fecha de aprobación de la solicitud.

Firma del Paciente/Padre/Guardián Legal Fecha

Otros miembros del hogar aplicando para el Programa de Reducción de Pagos:

Nombre Escrito Fecha de Nacimiento: Firma Fecha

Nombre Escrito Fecha de Nacimiento: Firma Fecha

Nombre Escrito Fecha de Nacimiento: Firma Fecha

Nombre Escrito Fecha de Nacimiento: Firma Fecha

Favor de proveer información adicional que puede ayudar con el proceso de aplicación.

FOR OFFICE USE ONLY

Received by _____ Date: _____

Calculated by _____ Date: _____

Approved by _____ Date: _____ Expiration Date: _____

Discount Percent _____ % EHR Review Medical _____ BHS _____

