



GOOD NEWS DENTAL

Verificación de Ingresos y Elegibilidad para Descuentos

Para los pacientes que solicitan servicios con descuento, estamos obligados a solicitar información sobre sus ingresos. Todas las respuestas son confidenciales.

Nombre del Paciente: _____ **Fecha:** _____

Número de personas que viven en su hogar: _____

Utilice el número de personas que viven en el mismo hogar y que comparten ingresos, alimentos y alquiler. Ese número puede incluirlo a usted, su cónyuge o pareja y cualquier dependientes. No incluya compañeros de cuarto.

Estimado Anual del ingreso familiar: \$ _____

Incluya salarios de trabajo, desempleo, pensión alimenticia y manutención de niños, cheques del Seguro Social, asistencia pública en efectivo y cualquier otra asistencia monetaria. No incluya vales de vivienda ni cupones de alimentos.

Good News Dental ofrece un programa de tarifas con descuentos variables. Los pacientes que deseen un descuento deben proporcionar un comprobante de ingresos en cada visita. Las pruebas comunes de ingresos incluyen:

Talones de comprobantes de cheque. Pensión alimenticia y/o manutención Declaración de desempleo.
W-2 ó última declaración de impuestos. infantil. Beneficios de VA

Registro de trabajos por cuenta propia. TANF/Asistencia en Efectivo

Seguro Social/Declaración SSI Declaración escrita del empleador.

Entiendo que para recibir un descuento, debo proporcionar prueba de los ingresos del hogar en la fecha de la visita. Si no proporciono comprobante de ingresos, seré responsable de los honorarios completos.

La información que proporciono en este formulario puede ser verificada por Good News Dental. Esta información es verdadera y precisa a mi mejor entendimiento. Notificaré a la clínica sobre cambios en los ingresos o el tamaño de la familia.

Yo solicito el descuento descrito en este documento.

Firma del paciente / representante legal

Nombre en letra de imprenta

Fecha

GND STAFF ONLY:

GND Staff Printed Name: _____ **Scale:** A B C