

## APLICACIÓN PARA SERVICIOS DESCONTADOS

Complete Wellness, Inc., proporcionamos servicios esenciales independientemente de la capacidad de los pacientes para pagar. Los descuentos se ofrecen basado del tamaño de la familia y los ingresos anuales. Por favor complete la siguiente aplicación y regrese a la oficina para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento. Si son aprobado, el descuento se aplicará a todos los servicios recibidos en Complete Wellness. Este formulario debe completarse cada 12 meses o cuando cambie su situación financiera. No se considerará una aplicación incompleta.

SOLICITANTE			LUGAR DE EMPLEO	
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL	TELEFONO

### POR FAVOR IDENTIFICE PAREJA Y DEPENDIENTES MENORES DE 18 AÑOS

Nombre	Fecha de Nacimiento	Nombre	Fecha de Nacimiento
PROPIO		DEPENDIENTE	
PAREJA		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	
DEPENDIENTE		DEPENDIENTE	

**NOTA: Dos de los siguiente son necesarios para verificar ingreso:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Comprobante mas recien | <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos mas recien |
| <input type="checkbox"/> Formulario W-2         | <input type="checkbox"/> Carta de verificación de empleo     |
- 
- Comprobante de Seguro Social/Desempleo

**Ingreso Annual del Hogar**

Fuentes de ingresos	Proprio	Pareja	Otro	Total
Salarios, propinas, etc.				
Ingresos de negocios, trabajo por propia cuenta, y los dependientes				
Compensación de desempleo, de Seguro Social, Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios del gobierno, pensión, etc.				
Intereses, dividendos, ingreso de rentas, alimenticia, asistencia afuera del hogar, otras fuentes de ingreso.				
<b>Ingreso Total</b>				

**Mi firma indica que verifico que el tamaño de la familia y la información de ingresos anterior esta correcta y autorizo a Complete Wellness a confirmar la información revelados en esta aplicación.**

**Nombre del solicitante** \_\_\_\_\_

**Firma del Solicitante** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

<b>ABAJO PARA USO DE LA OFICINA</b>
-------------------------------------

<b>Patient Name:</b>	
<b>Date Approved:</b>	

<b>Approved Discount:</b>		<b>Approved by:</b>	
---------------------------	--	---------------------	--

Verification Checklist	Select one in each group
<b>Identification/Address:</b>	<input type="checkbox"/> Driver's license <input type="checkbox"/> Utility bill <input type="checkbox"/> Employment ID <input type="checkbox"/> Other
<b>Income:</b>	<input type="checkbox"/> Prior year tax return <input type="checkbox"/> Most recent pay stub <input type="checkbox"/> Other
<b>Insurance:</b>	<input type="checkbox"/> Insurance Card