

Fecha \_\_\_\_\_

Expiración de Tarifa de Descuento \_\_\_\_\_

Código de Tarifa de Descuento \_\_\_\_\_

**NORTH CENTRAL FAMILY MEDICAL CENTER**  
**CENTRO MEDICO FAMILIAR CENTRAL DEL NORTE**  
**SOLICITUD PARA TARIFA DE DESCUENTO**

<b>MIEMBROS FAMILIARES</b>					
Nombre	Sexo	Fecha de Nacimiento	Relación	Número de Seguro Social	Tarjeta de Identificación
<b>TOTAL EN VIVIENDA</b>					
<b>INGRESOS EN VIVIENDA</b>					
			USTED (A)	ESPOSO(A) (B)	OTRO (C)
1. DECLARACIÓN DE IMPUESTOS					
2. INGRESO MENSUAL BRUTO					
3. ASISTENCIA PÚBLICA AFDCA					
4. BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL					
5. DESEMPLEO					
6. PENSIÓN					
7. COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR					
8. SSI / ASEGURADORA POR DISCAPACIDAD					
9. BENEFICIOS DE VETERANO					
10. RETIRO					
11. MANUTENCIÓN INFANTIL					
12. PAGOS POR DIVORCIO					
13. OTRO (ESPECIFIQUE)					
<b>TOTAL INGRESO TOTAL DE MIEMBROS FAMILIARES</b>					

YO, CERTIFICO QUE LOS INGRESOS Y OTRA INFORMACIÓN DE REGISTROS QUE HE DADO A NCFMC ES CON LA INTENCIÓN DE RECIBIR SERVICIO MÉDICO DEL PERSONAL AUTORIZADO DE NCFMC Y ES CORRECTO Y COMPLETO.

FIRMA \_\_\_\_\_ PERSONAL DE NCFMC \_\_\_\_\_  
 (Si es menor, custodia legal)

Numero de Historial Medico: \_\_\_\_\_

A quien le pueda interesar,

Yo, \_\_\_\_\_ verifico que yo estoy:  
*(Nombre del paciente)*

**(Marque todo lo que corresponda)**

- Actualmente Desempleado
- Actualmente no recibo Beneficios de Desempleo
- Actualmente no recibo Beneficios de Seguro Social, Discapacidad, o de Retiro

\_\_\_\_\_  
**Nombre del Paciente** *(letra molde)*

\_\_\_\_\_  
**Firma del Paciente**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**NCFMC STAFF Signature**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**