

Solicitud de Programa de Descuentos de Escala Proporcional de Rural Health Group

Sin ingresos/sin comprobante de ingresos

Si no puede proporcionar **COMPROBANTE DE INGRESOS, NO TIENE INGRESOS**, o tiene una **DIFICULTAD**, por favor proporcione una breve descripción de su situación actual:

- No puedo proporcionar ingresos
 No tengo ingresos
 Tengo una dificultad

DECLARACIÓN DEL PACIENTE REQUERIDA:

Certificación

Con mi firma certifico que toda esta información es verdadera.

Firma _____ Fecha ____/____/____

(Paciente o tutor legal/familiar más cercano/representante autorizado, si el paciente no puede firmar) (La elegibilidad vence a los 12 meses a partir de la fecha)

Datos del hogar, Cont.

Nombre	Edad	Parentesco con el paciente

Para uso exclusivo de la oficina

Firma del personal de RHG: _____ Fecha: _____

- Aprobado - 1 año
 Negado
 Dirigido a la dirección de RHG o a la persona designada para la revisión de la dificultad/negación.

Notas del revisor: _____

Aplicación validada por: _____ Fecha: _____

Negación confirmada por: _____ Fecha: _____