Cleveland Avenue Dental Center
501 N. Cleveland Avenue, Suite 1
Winston-Salem, NC 27101
336-703-3090

Aplicación para descuento de tarifa variable

Yo, confirmo que la siguiente información es correcta y exacta a lo mejor de mi conocimiento. He informado de todas las fuentes de ingresos a la Clinica Dental Cleveland Avenue y he puesto correctamente todos los miembros del hogar. Si hay cualquier cambio de información (número de personas que viven en el hogar, el ingreso anual, etc.), entiendo que debo informar de ello a la Oficina de Recepción en la próxima visita. Esta solicitud debe ser actualizada anualmente. En caso de que llegue a nuestro conocimiento que la información proporcionada es fraudulenta o falsa no se le permitirá al paciente a utilizar la tarifa variable/escala móvil y será responsable de pagar los costos dentales al 100%, mientras sea nuestro paciente.

Nombre del Paciente:_____ Fecha de Nacimiento _____

Responsable (si el paciente es menor de edad): _____

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____ Número de teléfono: _____

DOCUMENTACIÓN DE INGRESOS

_____ Talones de cheques
_____ Compensación por desempleo
_____ Forma de verificación del empleador
_____ Otro (alistar): _____
_____ Ingreso Suplementario de seguridad (SSI)
_____ Beneficios de la Administración de Veteranos
_____ Beneficios del Seguro Social

_____ Número de personas en el hogar
_____ Número que trabajan en el hogar
_____ Ingreso anual total en el hogar

Office use Only/ Solo para uso de oficina

Sliding Scale Placement Percentage: _____ Staff initial: _____

Entiendo que soy responsable económicamente de todos los costos.

X _____ Fecha_____
(Firma del Paciente / Padre)

X _____ Fecha _____
(Representante Dental Center /DCR