



SOLICITUD DE ESCALA DE DESCUENTO

Número total de miembros en el hogar: _____

Nombre	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social

Por favor indique TODO tipo de ingreso bruto mensual en el hogar:

Salario _____ Pensión alimenticia _____ Desempleo _____

Compensacion de Trabajo _____ Empleo por cuenta propia _____

Estampillas de comida _____ Pensión de veteranos/jubilación _____

Incapacidad _____ SSI / S.S. _____

Ingreso bruto total del hogar _____

Por la presente certifico, que la información suministrada es verídica y correcta. Soy consciente que, si cualquier información que proveo es fraudulenta, mi escala será terminada.

Firma del Paciente o Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Consejero Financiero: _____ Fecha: _____

_____ Escala de Descuento ha sido explicada y comprendida.

Sólo para uso administrativo

- Business Taxes (Schedule C)
- Does slide need to be back dated
- Proper slide in all accts (FFS, Dental, MCR slide)
- Enter Homeless/Double up status
- Update notes
- Check balance due

Crystal River
547 SE Fort Island
Trail, Suite C & E,
Crystal River, FL 34429
352-794-7391
Fax: 877-446-4107

Inverness Dental
314 S Line Ave,
Inverness, FL 34450
352-419-4056
Fax: 352-419-7934

Inverness Medical
151 E Highland Blvd,
Suite 151,
Inverness, FL 34452
352-419-5760
Fax: 877-209-5265

Lecanto Medical
512 N Lecanto Hwy,
Lecanto, FL 34461
352-527-2244
Fax: 888-275-8781

Ocala
7205 SE Maricamp
Road,
Ocala, FL 34472
352-680-7000
Fax: 877-849-9264

Sumterville
1389 S US 301,
Sumterville, FL 33585
352-793-5900
Fax: 855-832-3504

Accredited by AAAHC,
Inc.

