

## ¿Necesita ayuda para afiliarse a servicios de salud?

CLÍNICA ARLINGTON  
Médico / Dental / Farmacia  
326 S. Stillaguamish Ave., Arlington, WA 98223  
(360) 572-5400

CLÍNICA EDMONDS  
Atención médica primaria y sin cita / Dental /  
Farmacia / Fisioterapia  
23320 Hwy. 99, Edmonds, WA 98026  
(425) 640-5500

CLÍNICA EVERETT-CENTRAL  
Atención médica primaria y sin cita / Dental /  
Farmacia / Fisioterapia  
4201 Rucker Ave, Everett, WA 98203  
(425) 382-4000

CLÍNICA EVERETT-COLLEGE  
Atención médica primaria  
930 North Broadway, Everett, WA 98201  
(425) 595-3900

CLÍNICA EVERETT-NORTH  
Médico / Dental / Farmacia  
1424 Broadway, Everett, WA 98201  
(425) 789-2000

CLÍNICA EVERETT-SOUTH  
Médico / Dental / Farmacia  
1019 112th St. SW, Everett, WA 98204  
(425) 551-6200

CLÍNICA LYNNWOOD  
Médico / Dental / Farmacia  
4111 194th St. SW, Lynnwood, WA 98036  
(425) 835-5200

\*Todas las clínicas dentales de CHC ofrecen servicios sin cita.

[www.CHCsno.org](http://www.CHCsno.org)

**(425) 789-3789 • Retransmisión TTY, marque 711**



## Solicitud de descuento en escala proporcional

**Llene este formulario por completo, e incluya la documentación de sustento de todos sus ingresos familiares (de usted y de las personas incluidas como dependientes en su última declaración de impuestos) dentro de un plazo de 30 días de la fecha de la visita.**

Fecha del servicio: \_\_\_\_\_

Último día para entregar: \_\_\_\_\_

### Documentos de sustento requeridos:

- Solicitud de descuento en escala proporcional con todos los miembros de la familia (dependientes incluidos en su última declaración de impuestos) incluidos en la solicitud.
- Copia de la declaración de impuestos más reciente para confirmar el ingreso bruto ajustado.
- Formulario de verificación de ingresos familiares y comprobantes de ingresos Si cualquiera de las siguientes condiciones se aplica a usted:
  - Sus ingresos han cambiado desde la última vez que declaró impuestos.
  - Usted no declara impuestos.

**Si la solicitud está incompleta o le faltan documentos de sustento, será devuelta y no se considerará recibida hasta que vuelva a entregarla completa.**

**Compasivo. Asequible. Accesible.**



Llene y devuelva a más tardar el día: \_\_\_\_\_

# Solicitud de descuento

Si necesita ayuda para llenar la siguiente información, consulte a un especialista en servicios al paciente.

## PASO UNO: Información del solicitante

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
 Calle \_\_\_\_\_ Depto. \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Situación de declaración de impuestos: \_\_\_\_\_ Ingresos brutos ajustados: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social o número de identificación fiscal: \_\_\_\_\_

## PASO DOS:

Seguro de salud

¿Tiene seguro médico o dental?

Sí  No

Si contestó que sí, cuál es el:

Nombre del plan: \_\_\_\_\_

## PASO TRES: Solamente si solicita con un cosolicitante o si tiene dependientes.

Dependiente(s)	Relación	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social o de identificación fiscal	Situación de declaración de impuestos al IRS	Ingreso bruto ajustado
<b>Un cosolicitante o dependiente debe cumplir lo siguiente para ser elegible:</b> Debe ser su cónyuge, hijo(a), hijastro(a), hijo(a) de crianza, hermano(a), medio(a) hermano(a), hermanastro(a), o un descendiente de alguno de los anteriores. Si es hijo(a), debe (a) tener menos de 19 años de edad cuando termine el año, (b) tener menos de 24 años de edad cuando termine el año si es estudiante, o (c) tener cualquier edad, si el dependiente está discapacitado.					
<i>Ejemplo: Jane Smith</i>	<i>Hija</i>	<i>MM/DD/AAAA</i>	<i>123-45-6789</i>	<i>Dep</i>	<i>\$0</i>

## PASO CUATRO:

En la medida de mi conocimiento, la información proporcionada es verdadera y correcta. Otorgo mi permiso a Community Health Center of Snohomish County para verificar la información referente a mi situación financiera. **Entiendo que esta información y toda la documentación de sustento debe ser entregada dentro de un plazo de 30 días desde la fecha de la consulta, para ser elegible para un descuento en escala proporcional.** Si no se recibe esta información, entiendo que seré responsable por el costo total de la consulta.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante/garante

\_\_\_\_\_  
Fecha de hoy

### Sólo para uso interno:

Clínica que recibe: \_\_\_\_\_ Nombre del empleado de CHC (letra de molde): \_\_\_\_\_ N.º NG: \_\_\_\_\_ N.º A: \_\_\_\_\_

Ingreso anual verificado: \$ \_\_\_\_\_ Personas en la familia: \_\_\_\_\_ Escala proporcional: \_\_\_\_\_ Fecha de recertificación: \_\_\_\_\_

Comprobante de ingresos:  IRS  Formulario 201B de PA  Otro (especifique): \_\_\_\_\_ Nombre y firma del personal de PEES o facturación: \_\_\_\_\_