



**PROGRAMA DE DESCUENTO BASADO EN LOS INGRESOS DEL HOGAR**  
***Apoyo financiero compasivo***

¡Gracias por solicitar nuestro programa de descuento basado en los ingresos y tamaño del hogar!

Estos documentos tendrán que ser entregados antes de que su solicitud pueda ser procesada:

- Solicitud completada
- Comprobante de ingresos

Por favor devuelva todos los documentos a su asesor/a financiero/a de pacientes dentro de los 30 días después de la fecha de su primera cita.

**Family Health Centers and Internal Medicine**

**Asesor/a financiero/a**  
Teléfono: (828) 771-3507  
Fax: (828) 407-2640

Dirección postal:  
123 Hendersonville Road  
Asheville, NC 28803

**Ob/Gyn Specialists**

**Asesor/a financiero/a**  
Teléfono: (828) 771-5443  
Fax: (828) 407-2639

Dirección postal:  
119 Hendersonville Road  
Asheville, NC 28803

**Center for Psychiatry and Mental Wellness**

**Asesor/a financiero/a**  
Teléfono: (828) 771-3460  
Fax: (828) 820-8327

Dirección postal:  
125 Hendersonville Road  
Asheville, NC 28803

**Dental Health Centers**

**Asesor/a financiero/a**  
Teléfono: (828) 398-5918  
Fax: (828) 552-8691

Dirección postal:  
123 Hendersonville Road  
Asheville, NC 28803

Si tiene alguna pregunta acerca de este programa, por favor llame a su asesor/a financiero/a de pacientes a los números arriba citados.

*¡Gracias!*



**Ingresos anuales del hogar de todos los adultos quienes trabajan**

<b>Fuente</b>	<b>Usted</b>	<b>Pareja</b>	<b>Otro</b>	<b>Total</b>
Los dos últimos talones de cheque, formulario de declaración de impuestos con el anexo C si trabaja por cuenta propia, o carta del empleador				
Compensación por desempleo, compensación al trabajador (indemnización por accidentes/ enfermedades laborales), seguro social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos al veterano, beneficios al sobreviviente, pensión o ingreso de jubilado				
Intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de patrimonio/herencia, fondos fiduciarios, asistencia educacional, pensión alimenticia (conyugal), manutención infantil, asistencia de parte de fuentes fuera del hogar, y otras fuentes diversas				

**NOTE BIEN: Antes de que se apruebe un descuento es necesario que proporcione copias de declaraciones de impuestos, talones de cheque, u otra información que verifique los ingresos.**

**Declaro que la arriba citada información acerca del tamaño de la familia y de los ingresos es correcta.**

**Nombre y apellido(s) (por favor en letra de molde)**

\_\_\_\_\_

**Firma** \_\_\_\_\_

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

**Office Use Only (exclusivamente para uso oficial)**

Approved by: \_\_\_\_\_

Date approved: \_\_\_\_\_

Family size: \_\_\_\_\_

Income: \_\_\_\_\_

Approved discount: \_\_\_\_\_

Date received signed agreement: \_\_\_\_\_

**Verification Check List**

	<b>Yes</b>	<b>No</b>
Identification/Address: Driver's license, utility bill, employment ID, or		
Income: Prior year tax return, two most recent pay stubs, or other		