

Port Lavaca Clinic Associates

1200 N. Virginia Street

Port Lavaca, Texas 77979

361-552-6721

Aplicación de Sliding Fee Scale

Por favor devuelva la siguiente información tan pronto como sea posible para que yo pueda procesar su solicitud. Una vez que toda la información, seremos capaces de saber qué porcentaje de asistencia usted tendrá derecho a, si alguna. We will need copies of the following information along with your application:

1. I.D. o licencia de conducir
2. Tarjeta de seguro social
3. 4 - Últimos talones de cheque (Tipos de ingresos incluyen: Beneficios de VA, la remuneración del trabajador , pagos de seguridad social , desempleo , manutención de los hijos , casas de alquiler &/or AFDC/TANF)
4. Último estado de cuenta bancaria (Cuenta de cheques/ Cuenta de ahorros)
5. Notificación de los beneficios de cupones de alimentos
6. Comprobante de domicilio (factura de servicios públicos, carta de correo con su nombre y domicilio correcto.)
7. Cantidad de Automóvil:
Cantidad que aún se adeuda: \$ _____
Valor de automóvil: \$ _____

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda con su solicitud, por favor llámeme al número de teléfono indicado anteriormente durante el horario normal.

Sinceramente,

Bernice Aguilar

PORT LAVACA CLINIC ASSOCIATES

1200 N. VIRGINIA ST.
PORT LAVACA, TEXAS 77979
(361)552-6721

Marcando el comando correcto, verificar que lo:

SI, tengo una cuenta de cheques/ahorros a mi nombre y traerá una copia de mi última declaración tan pronto como sea posible.

No dispongo de una cuenta de cheques/ahorros a mi nombre..

Las declaraciones que he hecho, incluyendo a todas las preguntas, mis respuestas son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento y creencia.

Firma de Paciente

Fecha

Nombre de Paciente Imprimido

Firma -- Testigo

Fecha