

Aplicación de Escala de Tarifa

De acuerdo con la poliza de la agencia, proporcionamos servicios independientemente de su capacidad de pago. Por lo tanto, ofrecemos un descuento en la escala de tarifa basado en los ingresos anuales y el tamaño de la familia.

Por favor complete la siguiente informacion y regrese con su coordinador de atencion para determinar si usted o sus familiares son elegibles para cargos con descuentos.

El descuento se aplicara a todos los servicios por Family Service Association of Greater Elgin Area. No se aplicara a ningun servicio al que podamos referirle, incluidos, entre otros, los servicios de atencion primaria, actividades prosociales, otras evaluaciones, tratamiento de abuso de sustancias, etc.

Este formulario se completará anualmente. Le pedimos que nos informe en 30 dias si su situación financiera cambia.

Jefe del Hogar

Lugar de Empleo

Dirección

Teléfono/Correo electrónico

Enumere a cada dependiente y su fecha de nacimiento, incluyendo cónyuge, cualquier persona menor de 18 años, y cualquier otro dependiente legal

Fuente	Propio	Conyúge	Otro	Total
Ingreso bruto, salarios, propinas, etc.				
Ingreso de negocio, autoempleo y dependientes				
Compensacion por desempleo, compensación de trabajadores, seguro social, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobreviviente, ingresos de pensión o jubilación.				
Intereses dividendos, alquileres, regalías, ingresos patrimoniales o fiduciarios, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención de niños u otras fuentes diversas de ingreso.				



Nota: Es posible que se requieran copias de declaracion de impuestos, talones de pago u otra información que verifique los ingresos antes de que se aprube el descuento.

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Con mi firma, sé que estoy solicitando una reducción en las tarifas.

Nombre:

Firma:

Fecha:

Sólo para uso de oficina

Tasa de tarifa aprobada: ☐ 2% ☐ 5% ☐ 15% ☐ 40% ☐ 75% ☐ 100%

☐ Verificación recibida: ☐ Declaracion de impuestos ☐ dos talones de pagos recientes ☐ Otro: _____

Aprobado por:

Fecha de aprobación: