

APLICACIÓN DE ESCALA MÓVIL

Imprima Nombre de Cliente

Fecha de Nacimiento

Número de Cliente

Verificación de Ingreso:

¿Está usted empleado? Si No ¿Está colectando beneficios de desempleo? Si No N/A

Verificación de todo ingreso de un empleador o del Departamento de Trabajo de CT debe estar adjunto a este formulario para poder procesar su aplicación.

Determinación de Ingreso Bruto Familiar:

Fuente de Ingreso	Salario por Hora	# de Horas Trabajadas Semanalmente	Cantidad de Pago Semanal	Cantidad de Pago Mensual (pago semanal x 4.3)	Ingreso Total
Ingreso Propio	\$ /hora	horas	\$	\$	\$
Esposo/Pareja	\$ /hora	horas	\$	\$	\$
Otro Ingreso					
Fuente de Otro Ingreso Semanal o Mensual: _____			\$	\$	\$
Ingreso Mensual Bruto Total:					\$
Ingreso Bruto Anual Total (mensual x 12):					\$
Número de personas en el Hogar:					
USO INTERNO: Determinación de Categoría de Escala Móvil (Consulte la Escala de Tarifa Móvil)					
Tipo de Servicio	Tarifa	Tipo de Servicio	Tarifa		
Evaluación Inicial	\$	Visita al Consultorio Médico – Nuevo	\$		
Servicios de Paciente Externo > 30	\$	Visita al Consultorio Médico – Establecido	\$		
Servicios de Paciente Externo < 30	\$	Visita de Oficina de Prevención	\$		
Paciente Externo Intensivo (PEI)	\$	Servicios de Quiropráctico	\$		
Grupo de Salud de Comportamiento	\$	Servicios de Nutrición	\$		
Evaluación Psiquiátrica	\$	Dental – Diagnóstico & Prevención	\$		
Manejo de Medicamentos	\$	Dental – Especialidad	\$		
Estimulación Magnética Transcraneana	\$	Dental – Servicios Complejos	\$		

Atestación:

Al firmar abajo, yo certifico que la información que estoy proveyendo arriba es verídica y exacta a lo mejor de mi conocimiento. Reconozco que estoy obligado a contactar a Wheeler Clinic si mi ingreso o estado familiar cambian.

Firma Paciente/Cliente: _____ Fecha de Firma: _____

Solamente para Uso Interno: Fecha Efectiva de Pago: _____

Revisión del Nombre del Personal (imprima): _____

Fecha: _____