

**McKinney Medical Center, Inc.
218 Quarterman Street
Waycross, GA 31501**

Nombre;
Direccion:
Cuidad,Estado;
Codigo postal:
Numero de Telefono:
Numero telefono Movil:
Correo Electronico:
Seguro Social:
Fecha de Nacimiento:

Tarifas de Descuentos Formulario
(debe ser actualizada cada ano)

A. Prueba de Identificación 2 identificaciones(indicadas abajo) para toda persona

1. Identificación con foto
2. Tarjeta de Seguro Social
3. Certificado de Nacimiento
4. Factura Actual

B.Prueba de Ingresos(mes en curso)para cada persona edad 18 y mayor

- 1.Declaración de Impuestos Federales (1040 formularios)
- 2.Talones de cheque del mes/Carta del seguro social/carta de retiro
- 3.Carta **Notarizada** del patron mostrado salario

C.Prueba si NO tienes Ingresos

1. Carta "Wage Determination" del Departamento de Labor
2. Carta **Notarizada** de la persona que proporciona apoyo financiero

Fecha de hoy: Numero de personas viviendo en casa?

Estado civil? Casado Vuido Soltero Divorciado Separado

Es dueno o renta su hogar? Dueno Renta Vive con alguien

Amount of income? _____

Lugar de empleo? _____

Tiene otra aseguranza que cobra o ayude a cubir su citas medicas? Si No

Nombre	Fecha de Nacimeinto	Numero de seguro social	Numero de cuenta

Declaro que la información anterior es verdad y he dado permiso a Mckinney Medical Center, INC a investigar cualquier información dada en esta aplicación. Entiendo que esta información se mantendrá en confidencialidad. Tambien entiendo que si mis ingresos cambian, tengo la obligación de notificar al recepcionista en mi siguiente visita a la clinica.

Signature: Date:

Office Use only:
Approval Date _____ Slide: _____
Renewal Date _____ Pat. Rep Initials _____