



FORMULARIO DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA VARIABLE

Le brindaremos atención incluso si no puede pagar. Puede ser elegible para un descuento según sus ingresos y el tamaño de su familia. Los descuentos están disponibles incluso si tiene seguro.

Nombre del paciente:	Fecha de nacimiento:	Persona responsable (si es diferente):

1. Tamaño de la familia*: Incluyéndose a usted, ¿cuántas personas forman parte de su familia? _____

2. Ingresos familiares totales: Ingrese los ingresos totales de todas las personas incluidas en el tamaño de su familia indicado anteriormente.

Cantidad: \$ _____ Frecuencia: ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Anual

3. Seleccione UNA opción:

☐ Elijo participar en el Programa de Descuento de Tarifa Variable de Thundermist.

☐ No deseo participar en el Programa de Descuento de Tarifa Variable de Thundermist.

Entiendo que mi elegibilidad para el Programa de Descuento de Tarifa Variable de Thundermist se basa en el tamaño de mi familia y mis ingresos. Acepto notificar a Thundermist si cambia el tamaño de mi familia o mis ingresos, lo que puede afectar mi elegibilidad o descuento. Certifico que la información proporcionada anteriormente es correcta según mi leal saber y entender.

Firma del paciente/persona responsable: _____ Fecha: _____

***Definición del tamaño de la familia:** Inclúyase a usted y a otras personas relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción que vivan juntas. La familia también incluye a personas no relacionadas que viven en el mismo hogar y que reciben apoyo de un miembro de la familia o brindan apoyo a un miembro de la familia. Los niños de crianza temporal no se incluyen en el tamaño de la familia.

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

¿Servicio Dental Avanzado?	Verificación completada por/Fecha
☐ Sí ☐ No	