

CONTRATO PARA AYUDA FINANCIERA

NUESTRAS VISITAS EMPIEZAN DE \$ 105.00 A \$145.00

DEPENDIENDO DE SUS INGRESOS USTED PUEDE CALIFICAR PARA NUESTRO PROGRAMA DE DESCUENTO.

SU PORCENTAJE DE DESCUENTO SERA BASADO EN SU INFORMACION, LOS PROCEDIMIENTOS VARIAN EN PRECIOS.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE: _____

RELACION AL PACIENTE: _____

(MARQUE EL QUE LE CORRESPONDE)

INGRESOS ANNUALES
\$0 - \$12,000
POR FAMILIA

INGRESOS ANNUALES
\$12,001 - \$16,000
POR FAMILIA

INGRESOS ANNUALES
\$16,001 - \$20,00
POR FAMILIA

YO, _____ CERTIFICO QUE LA INFORMACION DADA ES VERDAD.
(NOMBRE DE USTED)

FIRMA DE PERSONA RESPONSABLE: _____ FECHA: _____

USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

SIGNATURE (MAMA MIA PEDIATRICS EMPLOYEE):

