Pasadena Health Center **Applicacion: Descuento de Honorarios**
908 Southmore, Suite 100, Pasadena, Tx 77502 **Phone: 713-554-1091**

Por favor use tinta negra con letras, no pegadas. (No use liquido blanco de corregir, lapis, o tinta de colores).
Marque erores con una linea y use inicales

Cabeza de Familia: DOB:		Empleo:
Domicilio:		Telefono de Empleo:
Telefono de Domicilio:	Numero de Seguro Social:	Seguro Medico:

Por favor incluya su pareja y dependientes menores de 18					
Nombre		Fecha de Nacimiento	Nombre		Fecha de Nacimiento
Pareja			Dependientes		
Dependientes			Dependientes		
Dependientes			Dependientes		
Dependientes			Dependientes		

Ingreso Total de Familia Anualmente				
Fuente	Applicante	Conyuge	Otro	Total
Sueldo total, salaries, propinas, etc				
Seguro Social, pension, pension de vitalicia y beneficio de veteranos				
Ingreso asignado para ninos, esposa, o para familiars de militares				
Compensacion del trabajado, algotros beneficios				
Renta, intereses, dividendo, y otro ingreso				
Total				

Lista de Verificaciones (Provea copias)	**Si**	**No**
Identificacion/Direccion: Licencia de conducer, acta de nacimiento, identificacion de empleo, tarjeta de seguro social, otro		
Ingreso: Remmbolso de taxes del ano passado, talons de cheques, cuenta de banco, otro		
Aseguranza: Comprovante de covertnra medica		
Medicaid: Applicacion completa o evidencia de negacion		

I certify that the information shown above is correct and understand verification is required for approval.

Nombre _____ Firma _____ Fecha ___/___/___

Pago de Clase aprobado Tier	Fecha Effectivo	Fecha Para Recertificar