

GREATER BADEN MEDICAL SERVICES, INC.
Aplicación de la Escala de Pago
 Sliding Scale Fee Application

Nombre del paciente: _____ **SS#:** _____
 Patient's Name

Nombre de la persona responsable: _____ **SS#:** _____
 Name of Responsible Party

Dirección: _____
 Address **Calle** **Ciudad** **Estado** **Código Postal**

Haga una lista de todos los miembros de la familia (incluyendo la persona responsable):
 List all household members(include responsible party):

Nombre: Name:	Día de nacimiento: Date of birth	Empleador: Employer
	Parentesco: Relationship	Salario/Income: Cuán frecuente/How often
Nombre:	Día de nacimiento:	Empleador:
	Parentesco:	Salario: Cuán frecuente:
Nombre:	Día de nacimiento:	Empleado:
	Parentesco:	Salario: Cuán frecuente:
Nombre:	Día de nacimiento:	Empleado:
	Parentesco:	Salario: Cuán frecuente:
Nombre:	Día de nacimiento:	Empleado:
	Parentesco:	Salario: Cuán frecuente:
Nombre:	Día de nacimiento:	Empleador:
	Parentesco:	Salario: Cuán frecuente:

Haga una lista de fuentes de salarios sin incluir el sueldo/List Sources of Income Other Than Employment Wages:

Ejemplos de recursos adicionales al salario - Trabajo propio, Incapacidad, Seguro Social, Manutención de niño, Fondos Depositados, Servicios Social, Acciones, Pensiones, etc./Examples of Required Additional Income Sources-Self-Employed, Disability, Social Services, Stocks, Pensions, etc.
