



the slide until the end of year. **DO NOT SET FEE SCHEDULE AT SLIDE UNLESS PROOF OF INCOME IS PRESENTED.** (You may use this current form for the entire family for the year).

Declaracion de la Ingresos

Como un Centro de Salud Calificado por el Gobierno Federal, Boston Mountain, tiene la obligación de recopilar información sobre los ingresos de todos los pacientes, incluso si decide no participar en el Programa de la Escala de Cuota Deslizante. Por favor, elija el rango de ingreso anual bruto de su hogar:

<input type="checkbox"/> \$0 - \$11,880	<input type="checkbox"/> \$11,881 - \$23,881	<input type="checkbox"/> \$23,882 - \$34,882
<input type="checkbox"/> \$34,883 - \$45,883	<input type="checkbox"/> \$45,884 - \$56,884	<input type="checkbox"/> \$56,885 - \$67,885
<input type="checkbox"/> \$67,886 - \$77,886	<input type="checkbox"/> \$77,887 - \$88,887	<input type="checkbox"/> \$88,888 - \$99,888
<input type="checkbox"/> \$99,889 - \$110,889	<input type="checkbox"/> \$110,890 - o mas	<input type="checkbox"/> Opto no declarar

*** Por favor, pregunte a la recepcionista para obtener más información sobre el Programa de escala de tarifa baja.**

Número de miembros del hogar (incluido el yo): _____

Firma del paciente o padre / tutor

Fecha