



Solicitud del programa de descuento de tarifa variable

El nombre del solicitante _____ Fecha: _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal _____

Sunrise Clinics se compromete a brindar servicios de atención médica primaria a los pacientes independientemente de su capacidad de pago. Se ofrecen descuentos a miembros de hogares con un ingreso combinado del 200% y por debajo del nivel federal de pobreza. Mire el cuadro a continuación para ver si califica¹.

Family Size	SFA		SFB		SFC		SFD		SFE		SFF
	100% & Below		101% - 125%		126% - 150%		151% - 175%		176% - 200%		201% & Above
	No Fee		\$1		\$5		\$8		\$10		No Discount
	From	To	From	To	From	To	From	To	From	To	Equal to or Above
1	\$-	\$14,580	\$14,581	\$18,225	\$18,226	\$21,870	\$21,871	\$ 25,515	\$ 25,516	\$ 29,160	\$ 29,161
2	\$-	\$19,720	\$19,721	\$24,650	\$24,651	\$29,580	\$29,581	\$ 34,510	\$ 34,511	\$ 39,440	\$ 39,441
3	\$-	\$24,860	\$24,861	\$31,075	\$31,076	\$37,290	\$37,291	\$ 43,505	\$ 43,506	\$ 49,720	\$ 49,721
4	\$-	\$30,000	\$30,001	\$37,500	\$37,501	\$45,000	\$45,001	\$ 52,500	\$ 52,501	\$ 60,000	\$ 60,001
5	\$-	\$35,140	\$35,141	\$43,925	\$43,926	\$52,710	\$52,711	\$ 61,495	\$ 61,496	\$ 70,280	\$ 70,281
6	\$-	\$40,280	\$40,281	\$50,350	\$50,351	\$60,420	\$60,421	\$ 70,490	\$ 70,491	\$ 80,560	\$ 80,561
7	\$-	\$45,420	\$45,421	\$56,775	\$56,776	\$68,130	\$68,131	\$ 79,485	\$ 79,486	\$ 90,840	\$ 90,841
8	\$-	\$50,560	\$50,561	\$63,200	\$63,201	\$75,840	\$75,841	\$ 88,480	\$ 88,481	\$101,120	\$ 101,121
9	\$-	\$55,700	\$55,701	\$69,625	\$69,626	\$83,550	\$83,551	\$ 97,475	\$ 97,476	\$111,400	\$ 111,401
10	\$-	\$60,840	\$60,841	\$76,050	\$76,051	\$91,260	\$91,261	\$106,470	\$106,471	\$121,680	\$ 121,681

- Sí**, me gustaría ser considerado para el descuento de tarifa variable. Garantizo que, según el cuadro anterior, según el tamaño de la familia y los ingresos, califico para el siguiente descuento: A B C D E
- No**, no quiero que me consideren para el descuento de tarifa variable. Entiendo que seré responsable del pago total de todos los cargos al momento del servicio.

Nombre impreso: _____ Firma: _____ Fecha: _____

For Office Use Only

Applicant's Gross Income: _____ Circle One: Daily Weekly Bi-weekly Monthly Annually

Family Size: _____

¹ Basado en las Pautas federales de pobreza de 2023 para el tamaño y los ingresos de la familia.



Proof of Income (Circle One): Paystub or other documentation Self-Attestation