

***Debe completar solo si desea calificar para la escala móvil de tarifas.

Dirección postal si es diferente a la de arriba:

Ingreso bruto mensual total: \$

Carta de Elegibilidad del Seguro Social

Al firmar abajo, yo certifico:

Que la información anterior es verdadera y exacta y por la presente autorizo tratamiento.

Fecha

Firma del Paciente/Guardian

Fecha

Coordinador de Inscripciones

***Pacientes que necesiten asistencia médica fuera del horario de atención, llamen al 864-882-4664, ext.6

Revised 02/11/2026