

FINANCIAL INFORMATION (Informacion Financiera)

Do you have insurance? Yes _____ No _____

How Many People Live in your Home? _____

Cuantas personas viven en su casa? _____

What is your total Household Monthly Income? _____

Cual es el ingreso mensual total de su hogar? _____

of Persons In Household (#numero de personas que viven en su casa)

Persons in your home*personas en su casa*	Monthly earnings* Ingreso mensuales*
1	3398.00
2	4578.00
3	5758.00
4	6938.00
5	8118.00
6	9298.00
7	10,478.00
8	11,658.00

Add \$393.33 Per persons in household over 8 persons

Agregue \$393.33 por persona en hogares de más de 8 personas

FINANCIAL INFORMATION: (Informacion Financiera)

If you Make more than the above chart per persons in your household please let the office know.

Si gana más que la tabla anterior por miembro de su hogar, infórmele a la oficina.

I understand that the infomation above is correct. If it is not correct I Will be held Legally responsible.

I Understand that I may be responsable for additional charges for any test and or procdeures done outside of River Valley Christian Clinic.

Entiendo que la información anterior es correcta. Si no es correcto, seré legalmente responsable.

Entiendo que puedo ser responsable de cargos adicionales por cualquier prueba o Operaciones realizada fuera de River Valley Christian Clinic.

Patient Signature: (Firma del Paciente) _____

Date (Fecha) _____

Staff Signature: _____

Date: _____