

HEALTH CARE PARTNERS OF SC, INC.



123 E. Broadway St. Johnsonville, SC 29555 843-386-3573 Fax: 877-322-0181 243 Singleton Ridge Rd. Conway, SC 29526 843-248-4700 Fax: 877-322-0181 1608 N. Main St. Conway, SC 29526 843-248-4700 Fax: 877-322-0181 145 Palmetto Pointe Rd. Marion, SC 29571 843-423-2400 Fax: 877-322-0181 6874 Hwy 908 Gresham, SC 29546 843-352-8772 Fax: 877-322-0181 1606 B Main St. Conway, SC 29526 843-488-6350 Fax: 877-322-0181

				SOLICITU	D DE DESCUE	NTO (SLIDI	NG FEE)	Cuenta #:				
NOMBRE:FECHA DE NACIMIENTO:												
DIRECCION:Calle				(Ciudad	Estado		Código postal				
ESTADO CIVIL (enciérrelo en un círculo) CASADO SEGURO SOCIAL #:						SEPARADO				UDO		
SEGURO	JPO ACERCA DE	NOCOTRO	.ca			IELE	FONO #:					
	DOR AGRICOLA					: -No TDA	DAIA TIENADA	COMPLETO)/MEDIO TI	ENADO 3		
	TELEFONICO D				NO	MRKE DE 20	JEWIPLEADO	K:				
DIRECCIC)N DEL TRABAJO	: Calle			Ciudad		Estado		Código I	Postal		
Calle					Ciuuau	LStauo		Código Postal				
	PERSO	NAS OUF	VIVEN EN L	Δ ΓΔSΔ			RELACION		EDAD			
1.	PERSONAS QUE VIVEN EN L			1 CASA		NEL TOTAL				LDAD		
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
) O (sólo para u	so de ofici	ina):									
III CILES		le familia			Espe	osa/o			(Otro		
						e Ingreso:		Fuente de Ingreso:				
(encierre en un círcul		con cuanta regularidad)		(encierre			con cuanta regularidad)		(encierre en un círculo con cuanta regula			
Semana	l Quincenal	Mensual	Anual	Semanal	Quincenal	Mensual	Anual	Semanal	Quincenal		Anual	
Ingresos		\$		Ingresos		\$		Ingresos		\$		
Seguro Social		\$		Seguro Social		\$		Seguro Social		\$		
Discapacidad Jubilación		\$		Discapacidad Jubilación		\$		Discapacidad Jubilación		\$		
Compensación		\$		Compensación		\$		Compensación		\$		
laboral		,		laboral		,		laboral		3		
Desempleo		\$		Desempleo		\$		Desempleo		\$		
Ayuda Economica		\$		Ayuda economica		\$		Ayuda economica		\$		
Total Semanal		\$		Total Semanal		\$		Total Semanal		\$		
Total Mensual		\$		Total Mensual		\$		Total Mensual		\$		
Total Anual		\$		Total Anual		\$		Total Anual		\$		
*WC – Compensación del Trabajador SF Descuento: Total Anual:								Total EHR:_				
CAMBIO E	QUE LA ANTERIO N MI ESTADO FIN	IANCIERO NO	OTIFICARE A LA	S RECEPTION	ISTAS. ACEPT	O TRAER LA D	OCUMENTACI	ON NECESARI	A PARA EL D	ESCUENTO SC	DLICITADO	
FIRMA DEL SOLICITANTE:							FECHA:					
FIRMA D	EL REPRESEN	TANTE DE	HCPSC:_					FECHA:				