



Rechazo por servicios descontados (Sin descuento)

No deseo solicitar por servicios descontados. Entiendo que si cambio de opinión; que yo puedo proporcionar la información necesaria y solicitar por un descuento basado en mis ingresos verificados.

Paciente(s) Nombres: _____ FDN: _____

_____ FDN: _____

_____ FDN: _____

_____ FDN: _____

_____ FDN: _____

Firma

Fecha

Para uso oficial

Location Lincoln Heights Mt. Healthy Forest Park Wellness

Employee initials _____ Date _____

STAFF: document in the chart alert: VOI S/D (and your date and initials)