

UNIVERSITY of
HOUSTON

UNIVERSITY SPEECH, LANGUAGE, AND HEARING CLINIC

3871 Holman St.

Houston, TX 77204-6018

713-743-0915

Attached is an application for fee reduction for services to be provided by the University of Houston Speech, Language and hearing Clinic. You do not need to provide all of the items listed, but we do need to see some written proof of the amount you earn, whether from a salary, from rental property, or some government agency.

Provide one or more of the items listed below:

- ◇ Paycheck stub (a copy will suffice). State how often you are paid: weekly, monthly, twice a month.
- ◇ Copy of your most recent W-2 form.
- ◇ Copy of income tax return for the most recent year or quarter
- ◇ Copy of Social Security award letter: If you do not have this call the Social Security office and ask for one.
- ◇ Copy of letter awarding food stamps: If you do not have this call your case worker or Dept. of Human Services.
- ◇ Copy of an award letter for any government support.
- ◇ Letter signed by employer (on company letterhead) stating how much you make and how often you receive that amount.
- ◇ Forms approving or denying unemployment compensation or workmen's compensation.
- ◇ If you have been employed during the past year, please send a copy of your paycheck stub or letter from your former employer.
- ◇ Bank statement showing direct deposits from **social security, paycheck deposit, or any other deposits** from income earned.

Applications must be complete before they can be processed.

Adjunta está la solicitud de reducción de costos por los servicios que proporciona la clínica de University of Houston Speech, Language, and Hearing. No se necesita proveer TODOS los artículos en esta lista, pero necesitamos ver alguna documentación estableciendo su nivel de ingresos (de sueldo, de propiedad de alquiler, o alguna agencia de gobierno, etc.)

Favor de proveer uno o más tipos de prueba de ingresos descritos a continuación:

- Talón de cheque (una copia se aceptará). Indique con qué frecuencia se le paga: por semana, mensual o dos veces al mes.
- Copia del formulario W-2 más reciente.
- Copia del reembolso de impuestos del año más reciente o trimestre.
- Copia del seguro social: si no la tiene puede hablar a su agente o El Departamento de Servicios Humanos.
- Una carta del Departamento de Recursos Humanos en relación a estampillas de comida o TANF.
- Carta con firma del empleador (En una carta de empresa) indicando cuanto gana y con que frecuencia recibe la cantidad.
- Formas de compensación de desempleo o de compensación del trabajador indicando aprobación o desaprobación.
- Información financiera de la persona que recibe los ingresos o la persona que lo/a apoya.
- Si usted ha sido empleado durante los tres meses pasados, sin embargo, por favor de mandar una copia de su talón de cheque o carta de su empleador anterior.
- Estados de cuenta bancaria mostrando depósitos directos del seguro social, depósitos de pago, o cualquier depósito de ingresos adquiridos.

La solicitud debe de estar completa antes de que pueda ser procesada

UNIVERSITY of
HOUSTON

UNIVERSITY SPEECH, LANGUAGE, AND HEARING CLINIC

APPLICATION FOR/SOLICITUD DE: (CIRCLE ONE/MARQUE UNO)

- FEE REDUCTION FOR SPEECH THERAPY**
Reducción de costos para terapia de habla

CONFIDENTIAL INFORMATION
INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

PATIENT'S NAME/NOMBRE DEL PACIENTE _____

DATE OF APPLICATION/FECHA DE APLICACIÓN _____

1. Head of Household/Encargado del hogar

Name/Nombre _____

Address/ Dirección _____ **Home Telephone/ Teléfono de hogar** _____

City/ Ciudad _____ **State/ Estado** _____ **Zip Code/ Código Postal** _____

Employer/ Empleador _____ **Business Phone/ Teléfono de negocio** _____

Monthly Household Income/ Salario Mensual _____

2. Spouse's Name/Nombre de su esposo(a) _____

Address/ Dirección _____ **Home Telephone/ Teléfono de hogar** _____

City/ Ciudad _____ **State/ Estado** _____ **Zip Code/ Código Postal** _____

Employer/ Empleador _____ **Business Phone/ Teléfono de negocio** _____

Monthly Income/ Salario Mensual _____

3. Insurance Type/Tipo de seguro médico _____ **Policy #/Número de póliza** _____

4. Other sources of income/ Otras fuentes de ingresos (child support/manutención de menores, rent/renta, food stamps/cupones de alimentos, etc.) \$ _____

5. Other dependents within household/ Otros dependientes en el hogar _____

I certify the above information is accurate to the best of my knowledge

Certifico que la información anterior es exacta a lo mejor de mi conocimiento.

Print Name/Nombre

Signature/Firma

Date/Fecha

Relation to Patient/ Relación al cliente

OFFICE USE ONLY: Fee Reduction Approved: YES _____ % NO _____ %

Business Office Representative: _____

Date _____