



SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION

This health center serves all patients regardless of the ability to pay. Discounts for essential services are offered based on family size and income. The granting of a sliding fee discount shall be based on the determination of the sliding fee discount category in accordance with the sliding fee discount schedule. Please complete the following information and return to the eligibility coordinator to determine if you or members of your family are eligible for a discount. The discount will apply to all services received at this center. This form must be completed every 12 months or if your financial situation changes.

Patient/Head of Household (Name) _____ Employer _____

Street Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Telephone (Home) _____ Telephone (Cell) _____

FAMILY SIZE: A group of two or more people who reside together and who are related by birth, marriage, or adoption or legally recognized domestic partner. According to Internal Revenue Service rules, if the patient claims someone as a dependent on their income tax return, they may be considered a dependent for purposes of the provision of financial assistance.

	Name	Date of Birth	Relation to Self
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			

ANNUAL/MONTHLY HOUSEHOLD INCOME

Source*	Self	Spouse	Other	Total
Includes earnings (from employer or self-employed), unemployment compensation, workers' compensation, Social Security, Supplemental Security Income, public assistance, veterans' payments, survivor benefits, pension or retirement income, interest, dividends, rents, royalties, income from estates, trusts, educational assistance, alimony, child support, assistance from outside the household, and other miscellaneous sources	\$	\$	\$	\$
TOTAL	\$	\$	\$	\$

*Copies of tax returns, pay stubs, or other information verifying income are required before the discount is approved.

I certify that the family size and income information shown above is correct.

Name _____ Signature _____ Date _____

Office use only

Verification check list completed by:	Yes	No
Identification/Address: Drivers' license, Employment ID, utility bill or other		
Income: Prior year tax return, pay stubs or other		
Insurance: Insurance cards		

Discount approval at slide level _____ Approved by _____ Date _____



White Memorial
Community Health Center

APLICACION PARA EL PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA BAJA

Este Centro de salud sirve a todo paciente no importando la capacidad de pago. Descuentos para cuidados esenciales son ofrecidos en base a cuantos miembros hay en su familia y al monto total de sus ingresos. De la tarifa de descuento será en base a la determinación que califique en nuestro programa de bajo costo. Por favor complete la siguiente información y regrésela a la recepcionista para determinar si usted o cualquier otro miembro de su familia califica para el descuento. El descuento será aplicado a todos los servicios recibidos en este centro de salud. Esta forma deberá ser completada cada 12 meses ó en caso que su situación financiera cambie.

Paciente/Jefe del Hogar (Nombre) _____ Empleador _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____

Teléfono de Casa _____ Teléfono Mobil _____

Miembros en su Familia: En un grupo de 2 o más personas viviendo en una misma casa, relacionados por ser familiares, casados, o por adopción, de acuerdo a las reglas del servicio de ingresos internos, si usted lo declara en su preparación de impuestos, de igual manera tendrá que ser considerado cuando aplique para ésta ayuda financiera.

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con usted
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

INGRESO ANUAL/MENSUAL

Ingreso Anual/Mensual Fuente de Salario*	Usted	Esposa	Otra Persona	Total
Incluye cualquier pago, como por ejemplo: Compensación del Seguro social o desempleo, asistencia pública, pensión para veteranos, pago para sobreviviente, pago para personas retiradas, rentas divididas, ingresos por intereses, pago basado en testamento, asistencia educativa manutención de los hijos o esposa/o y otras fuentes diversas y ayuda fuera del hogar.	\$	\$	\$	\$
TOTAL	\$	\$	\$	\$

*Copias de sus taxes, copia de cheque verificando su salario es requerido para la aprobación de la tarifa de bajo recursos.

Yo certifico que los miembros de la familia y la información en la parte de arriba es correcta.

Nombre _____ Firma _____ Fecha _____

Office use only

Verification check list completed by:	Yes	No
Identification/Address: Drivers' license, Employment ID, utility bill or other		
Income: Prior year tax return, pay stubs or other		
Insurance: Insurance cards		

Discount approval at slide level _____ Approved by _____ Date _____