



Sliding Fee Schedule/Income Verification Form

Patient Name: _____

Policy: the sliding fee is based on two factors: your income and family size compared to the Federal Poverty Guidelines known as your Percent of Guideline (“PG”). If PG is at or below 100% you will not pay a fee. If PG is above 100% and at or below 150% you will pay 25% of the published charge. If PG is above 150% and at or below 200% you will be 50% of the published charge. If PG is above 200% and at or below 250% you will pay 75% of the published charge. If PG is above 250% you are not eligible for the sliding fee.

We appreciate the opportunity to provide you with health services. It is necessary for us to ask personal questions in order to give you a discount on your expenses. This information will be kept on file in our center in strict confidence. You must complete an Income Verification Form every 12 months or if there is a change in your income and/or household size. In order to qualify for the sliding fee scale, you must provide one of the following sources of information:

• Paystubs-previous month’s paystubs	• Disability award letter
• Letter from Employer stating monthly income	• Unemployment award letter
• Tax Return-most recent	• Veteran’s Administration award letter
• W-2’s or 1099’s – most recent	• Child Support Verification
• Social Security award letter	• Letter from party providing room & board
• Self Declaration Form – only valid for the first visit for a new patient	• Documentation on ineligibility for Medicaid, other public programs and/or private/third party coverage (i.e. Health Reform)

Name of employer: _____

Phone: _____

Spouse’s employer: _____

Phone: _____

Do you receive any income from any of the following sources and if so, how much?

Sources	You	Your Spouse	Your Children	Other Person	Total Sources
Social Security					
Public Assistance					
Retirement Pension					
Food Stamps					
Rental Income					
Interest Income					
Child Support/Alimony					
Other (specify)					

Do you have any type of insurance? Yes No

Insurance carrier: _____ Insurance Policy Number _____

I declare the above information is true and have given Community Health Resources, Inc. permission to investigate any information given in this application. I understand that this information will be kept in strict confidence. I also understand that I must complete Income Verification form every 12 months or if there is a change in my household income or size. In addition, I must provide the required proof of income and household documentation.

Patient or Guardian Signature: _____ Date: _____

Last Review _____ Initials _____ Expiration of Form _____ *

*(Valid for 1 year for all proof of income, except Self-Declaration)



Horario de tarifa variable / formulario de verificación de ingresos

Nombre del paciente: _____

Política: la tarifa variable se basa en dos factores: su ingreso y el tamaño de su familia en comparación con las Pautas federales de pobreza conocidas como su Porcentaje de pautas ("PG"). Si PG es igual o inferior al 100%, no pagará una tarifa. Si el PG está por encima del 100% y al 150% o menos, pagará el 25% del cargo publicado. Si el PG está por encima del 150% y al 200% o menos, será el 50% del cargo publicado. Si el PG está por encima del 200% y al 250% o menos, pagará el 75% del cargo publicado. Si PG está por encima del 250%, no es elegible para la tarifa móvil.

Agradecemos la oportunidad de brindarle servicios de salud. Es necesario que hagamos preguntas personales para darle un descuento en sus gastos. Esta información se mantendrá archivada en nuestro centro con estricta confidencialidad. Debe completar un Formulario de verificación de ingresos cada 12 meses o si hay un cambio en sus ingresos y / o el tamaño de su hogar. Para calificar para la escala de tarifa móvil, debe proporcionar una de las siguientes fuentes de información:

<ul style="list-style-type: none"> • recibos de sueldo del mes anterior 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de adjudicación de discapacidad
<ul style="list-style-type: none"> • Carta del empleador indicando ingreso mensual 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de adjudicación de desempleo
<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de impuestos: la más reciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de adjudicación de la Administración de Veteranos
<ul style="list-style-type: none"> • W-2 o 1099 - más reciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Verificación de manutención infantil
<ul style="list-style-type: none"> • Carta de adjudicación de la Seguridad Social 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de parte que proporciona alojamiento y comida
<ul style="list-style-type: none"> • Formulario de auto declaración: solo válido para la primera visita de un paciente nuevo 	<ul style="list-style-type: none"> • Documentación sobre inelegibilidad para Medicaid, otros programas públicos y / o cobertura privada / de terceros (es decir, reforma de salud)

Nombre del empleado : _____ Teléfono: _____

El empleador de su esposa/esposo: _____ Teléfono: _____

Recibe algún ingreso de alguna de las siguientes fuentes y, de ser así, cuánto?

Fuentes	tú	tu cónyuge	Tus niños	Otra persona	Fuentes totales
Seguridad Social					
Asistencia pública					
Pensión de retiro					
Cupones de alimentos					
Ingresos de alquiler					

Ingresos por intereses					
Manutención infantil / pensión alimenticia					
Otra especificar)					

Tienes algún tipo de seguro ? Yes No

Aseguradora: _____ Número de póliza de seguro _____

Declaro que la información anterior es verdadera y le he dado permiso a Community Health Resources, Inc. para investigar cualquier información proporcionada en esta solicitud. Entiendo que esta información se mantendrá en estricta confidencialidad. También entiendo que debo completar el formulario de Verificación de ingresos cada 12 meses o si hay un cambio en el ingreso o el tamaño de mi hogar. Además, debo proporcionar la prueba requerida de ingresos y la documentación del hogar.

Firma del paciente o tutor: _____ Fecha: _____

Última revisión _____ Iniciales _____ Vencimiento de la forma _____ *

*(Válido por 1 año para todos los comprobantes de ingresos, excepto auto declaración)