



SLIDING DISCOUNT PROGRAM APPLICATION
Solicitud para el programa de la escala de descuentos

It is the policy of Community Health Centers to provide essential services regardless of the inability to pay. Discounts are offered depending upon household income and size. A **"Family"** is one or more persons living in one dwelling place who are related by blood, marriage, or law. Adults and minor children are considered a family. **Relatives over 18 (that are not full-time students) are not eligible to be used as dependents for this application process.** Please complete the following questions to determine if you or your family members are eligible for our sliding scale program.

Es la política de Community Health Centers de proveer los servicios esenciales sin tener en cuenta la capacidad de pagar del paciente. Descuentos son ofrecidos dependiendo del ingreso total y el número de familiares que vive en la casa. Una **"familia"** se refiere a las personas que viven en un domicilio y son parientes por sangre, matrimonio o ley. Se considera adultos y sus menores una familia pero no se puede usar, como dependientes, **parientes mayor que los 18 años (que no son estudiantes de jornada completa) para esta solicitud.** Por favor responda a las siguientes preguntas para determinar la elegibilidad de usted o uno de los miembros de su familia para nuestro programa de descuentos.

<u>Household Member's Name:</u> Nombre de miembros en su hogar	<u>Date of Birth:</u> Fecha de nacimiento:	<u>Weekly</u> semanal	<u>Monthly</u> mensual	<u>Annual</u> anual
SELF/UNO MISMO _____	_____	_____	_____	_____
SPOUSE &/or PARTNER CÓNYUGE O PAREJA _____	_____	_____	_____	_____
CHILD/ HIJO /A _____	_____	_____	_____	_____
CHILD/ HIJO /A _____	_____	_____	_____	_____
CHILD/ HIJO /A _____	_____	_____	_____	_____
CHILD/ HIJO /A _____	_____	_____	_____	_____
CHILD/ HIJO /A _____	_____	_____	_____	_____

Total Calculated Annual Income (Ingreso total anual): \$ _____

The total number of family members living in your household (Working and Non-Working): _____
Numero total de miembros de familia viviendo en su casa (con empleo y sin empleo)

Qualified for Sliding Scale _____ Effective _____ to _____
Cumple los requisitos para la escala _____ vigente a partir de _____ hasta _____

NOTE: Include income from all sources from Adults listed above. These include, but are not limited to: gross wages, tips, social security, disability, pensions, annuities, veterans' payments, net business or self employment, alimony, child support, military, unemployment public aid and any other form of income.
¡Ojo! Incluye el ingreso de todos los adultos de la familia y de todos los medios posibles. Los medios pueden incluir: sueldos, propinas, seguro social, invalidez, subsidios, anualidades, pagos de veteranos, auto-empleo, pensión alimenticia, ayuda de niños, desempleo, asistencia pública, y más.

ALL INFORMATION WILL BE KEPT CONFIDENTIAL

I certify that the above facts are true and correct to the best of my knowledge. I am also aware that this information may be randomly audited at any time for verification purposes. Knowingly providing false information may result in termination of services.

TODA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ CONFIDENCIAL

Yo certifico que la información dada en el presente es correcta y verdadera. Entiendo que se puede auditar esta información en cualquier momento para propósitos de comprobación. También entiendo que la presentación de información falsa podrá resultar en la terminación de servicios.

Signature of Applicant/Firma del solicitante

Date/ Fecha

Signature of Financial Counselor

Date of Interview

Patient Name: _____

Acct # _____