



Community Health Centers, Inc.
 110 S Woodland St
 Winter Garden, FL 34787
 (407) 905-8827 (352) 314-7400
 WWW.CHCFL.ORG

Sliding Discount Program Application

Solicitud para el programa de la escala de descuentos

Aplikasyon sou Pwogram Rabè mobil

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

Se politik Community Health Centers pou bay sèvis ki esansyèl san yo pa gade sou enkapasite pasyan an pou l peye. Rabè yo ofri yo depann de revni ak tay/gwosè kay la. Yon “Fanmi” se youn oswa plis moun k ap viv yon sèl kote ki gen relasyon san, oswa ki lye pa maryaj, oswa lalwa. Yo konsidere granmoun ak timoun minè yo kòm yon fanmi. Fanmi ki gen plis pase 18 (ki pa etidyan a plen tan) pa kalifye pou yo itilize yo kòm depandan nan pwosesis aplikasyon sa a. Tanpri ranpli kesyon sa yo pou detèmine si ou menm oswa manm fanmi ou kalifye pou pwogram barèm mobil la.

Household Member’s Name:	Date of Birth:	Weekly	Monthly	Annual
<i>Nombre de miembros en su hogar</i>	<i>Fecha de nacimiento:</i>	<i>semanal</i>	<i>mensual</i>	<i>anual</i>
<i>Non Manm Kay la:</i>	<i>Dat Nesans:</i>	<i>Semèn</i>	<i>Mwa</i>	<i>Anyèl</i>

Self / Uno Mismo / Endividyèl

Spouse & / Or Partner Cónyuge O Pareja / Konjwen & / oswa patnè

Child/ Hijo / A / Timoun

Child/ Hijo / A / Timoun

Child/ Hijo / A / Timoun

Child/ Hijo / A / Timoun

Child/ Hijo / A / Timoun

Total Calculated Annual Income (*Ingreso total annual / Kalkil Revni Anyèl Total*): \$ _____

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): _____

Kantite manm fanmi ou k ap viv nan kay avè w (K ap travay e ki pap travay): _____

Qualified for Sliding Scale _____ Effective _____ to _____
Cumple los requisitos para la escala _____ vigente a partir de _____ hasta _____
Kalifye pou Barèm mobil _____ Efektif _____ a _____

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

Mete tout sous revni granmoun ki endike pi wo yo a. Yo genyen ladan yo men se pa sa sèlman: salè brit, lajan sou kote, sekirite sosyal, andikap, pansyon, rant, pèman veteran ', biznis oswa travay endepandan, pansyon alimantè, sipò pou timoun, militè, chomaj èd piblik ak nenpòt ki lòt fòm revni.

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

YO PRAL TRETE TOUT ENFÒMASYON SA YO KONFIDANSYÈL

Mwen sètifye ke enfòmasyon ki pi wo yo vrè e kòrèk daprè tout sa mwen konnen. Mwen konnen tou ke yo kapab kontwole enfòmasyon sa yo a nenpòt ki moman pou rezon verifikasyon. Si w founi move enfòmasyon nan movèz fwa sa kapab lakòz revokasyon sèvis sa yo.

Signature of Applicant / Firma del solicitante / Siyati aplikan an

Date / Fecha / Dat

Signature of Financial Counselor

Date of Interview

Patient Name: _____ Acct #: _____