

## Sliding Fee Scale

In order to qualify for your visits at a reduced rate, you will need to bring in a **utility bill** for address verification (**mandatory**) and all of the following items that apply to your family:

1. Check Stubs:
  - a. Weekly - Last 4 weeks, consecutive paycheck stubs.
  - b. Bi-Weekly - Last 2 consecutive paycheck stubs.
  - c. Twice Monthly - Last 2 consecutive paycheck stubs.
  - d. Once Monthly - last paycheck stub.
2. A statement from employer showing your last full month income.
3. Copy of your latest tax returns.
4. Copy of your current year's Social Security Award Letter.
5. If you receive **AFDC, Food Stamps, FI** or **SNAP** benefits, a copy of your benefits eligibility statement from the Department of Social Services.
6. If you only receive **SNAP** benefits, bring in your Award Letter, or if unavailable, your **EBT** card.
7. Statement of Benefits from the Department of Employment and Workforce (the unemployment office) If you are a student, a copy of your Financial Aid Statement from the school/college.
8. A copy of your child support court order or a copy of your child support check.

### QUALIFICATIONS FOR SLIDING FEE SCALE ARE:

1. No Insurance or Underinsured.
2. Patients may qualify for a reduced fee in services.
3. Medicare patients with no prescription drug coverage may qualify for discount medications.

**REMEMBER, YOU MUST BRING THE INFORMATION LISTED ABOVE PRIOR TO, OR ON THE DAY OF YOUR APPOINTMENT. IF YOU DO NOT HAVE ALL OF YOUR REQUIRED DOCUMENTS, YOU WILL BE CHARGED FULL PRICE FOR YOUR VISIT. PLEASE BE PREPARED TO PAY FOR YOUR VISIT AT THAT TIME.**

## Escala de Tarifas

Con el fin de calificar sus visitas a un precio reducido, tendrá que traer una **factura de servicios públicos** para verificar la dirección (**obligatorio**) y todos los elementos siguientes que se aplican a su familia:

1. Talón de Cheque:
  - a. Semanales, 4 últimas semanas de talones de cheques consecutivos.
  - b. Coda dos semanas, 2 últimas semanas de talones de cheques consecutivos.
  - c. Dos veces al mes, 2 últimas semanas de talones de cheques consecutivos.
  - d. Uno vez al mes, ultimo talón de cheque.
2. Declaración del empleador indicando los ingresos del ultimo mes completo.
3. Copio de la declaración de impuestos más reciente.
4. Copio de la Carta de la Seguridad Social el año en curso.
5. Si usted recibe beneficios de **AFDC, Food Stamps, FI** o **SNAP**, uno copio de su declaración de elegibilidad beneficios del Departamento de Servicios Socioles.
6. Si solo recibe beneficios de **SNAP**, traigo su carta de calificación, o si su tarjeta **EBT** está disponible.
7. Declaración de Beneficios del Departamento de Empleo y la Fuerza Labora (la oficina de desempleo). Si usted es un estudiante, una copia de su declaración de ayuda financiera de la escuela/universidad.
8. Uno copia de la orden judicial niño apoyo de uno copia de su cheque de manutención.

### REQUISITOS PARA CALIF/CAR PARA LA ESCALA SON:

1. Sin seguro o con seguro insuficiente.
2. Los pacientes pueden calificar para una tarifa reducida en los servicios
3. Los pacientes de Medicare sin cobertura de medicamentos recetados pueden calificar para descuentos en medicamentos.

**RECUERDE, USTED DEBE TRAER ESTA INFORMACION ANTES O EN EL DIA DE SU CITA. SI USTED NO TIENE TODOS SUS DOCUMENTOS REQUERIDOS, SE LE COBRARA EL PRECIO COMPLETO DE SU VISITA. POR FAVOR ESTE PREPARADO PARA PAGAR POR SU VISITA EN ESE MOMENTO.**

## Sliding Fee Scale Application (Aplicacion para Escalade Tarifas)

Patient Name: \_\_\_\_\_ Patient Number: \_\_\_\_\_

1. Household Members (Adults including self, Spouse, and Children under 18):  
 Miembros del hogar (Los adultos incluyendo usted mismo cónyuge e hijos menores de 18):

NAME (Nombre)	Relationship (Relación)	DOB (Fecha de Nacimiento)

I certify that I have read, or had read to me, all the statements on this form and that the information given is true and complete to the best of my knowledge. I hereby give *Family Health Centers, Inc. (FHC)* permission to verify, without additional consent from me, information discovered by *FHC* or given by me that is needed to determine my eligibility for the reduced payment schedule. I understand that this program is supported with Federal funds and anyone who misrepresents, falsifies, conceals or omits any essential information may be subject to fine, imprisonment or civil money penalties under applicable Federal laws.

In addition, to any Federal penalties, I also understand that I will be financially responsible to *FHC* for the full charges incurred if I provide false information or fail to report any changes in my financial circumstances during this period of eligibility.

Yo certifico que he leído, o se me ha leído, todas las declaraciones en este formulario y que la información proporcionado es verdadera y completa a lo mejor de mí conocimiento. Yo le doy permiso a *Family Health Centers, Inc. (FHC)* para verificar, sin el consentimiento adicional de mí, la información descubierta por *FHC* o dada por mí que sea necesaria para determinar mi elegibilidad para el programa de pago reducido. Entiendo que este programa es apoyado con fondos federales y cualquier persona que falsifica, falsifique, oculte u omita cualquier información esencial puede ser objeto de multa, prisión o sanciones monetarios civiles bajo las leyes federales.

Además, los sanciones federales, también entiendo que seré responsable económicamente a *FHC* por los cargos en que incurran si proporciono información falsa o no reporta ningún cambio en mis circunstancias financieros durante este periodo de elegibilidad.

Print (Nombre): \_\_\_\_\_ Sign (Firma): \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_

Witness Print: \_\_\_\_\_ Sign: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

I understand that *Family Health Centers, Inc.* offers a Sliding Fee Scale program to assist patients to reduce costs based on their income and household size for the uninsured or underinsured. Signing this form, I am refusing to complete a slide application and, as a result, you agree to pay the full standard price for any services you receive.

Entiendo que *Family Health Centers, Inc.* ofrece un programa de escala de tarifas variables para ayudar a los pacientes sin seguro o con cobertura insuficiente a reducir los costos en función de sus ingresos y del tamaño de su hogar. Al firmar este formulario, renuncio a completar la solicitud para dicha escala de tarifas y, como resultado, acepto pagar el precio estándar completo por cualquier servicio que reciba.

Print (Nombre): \_\_\_\_\_ Sign (Firma): \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_