

Sliding Fee Application

Fax Wells 775-348-3893 | Fax Sun Valley 775-870-4634 | Fax Neil Road 775-870-4633 | Fax Virginia City 775-284-3599

PATIENT LAST NAME: _____ FIRST NAME: _____ INITIAL: _____

DATE OF BIRTH: _____ SOCIAL SECURITY NUMBER: _____ - _____ - _____

Please bring:

The **completed** patient services application and copies of ALL information noted below:

1. Government issued identification card of the head of household.

YES:

- NV Driver License or ID
- Consular ID card
- Passport

NO:

- Expired ID
- School ID
- Birth Certificate

2. Proof of address with the name and address of the head of household.

YES:

- Electricity Bill (NV energy)
- Rent Receipt
- Home Phone bill
- Lease agreement
- Car registration or car insurance

NO:

- Cell phone bills
- Bank Statements
- Credit card statements
- Hospital Statements

3. Proof of income. The following may be used to prove gross annual income (calculated from the past 2 months):

- Paycheck Stubs (the last TWO months)
- Social Security Determination Letter
- Unemployment determination letter
- Letter Support (if not working or receiving income)

Aplicación para bajos recursos

Fax Wells 775-348-3893 | Fax Sun Valley 775-870-4634 | Fax Neil Road 775-870-4633 | Fax Virginia City 775-284-3599

APELLIDO: _____ PRIMER NOMBRE: _____ INICIAL 2o. NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ No. DE SEGURO SOCIAL: _____ - _____ - _____

Favor de traer:

La Registración **completa** y copia de todos los documentos que se describen a continuación:

1. Una identificación de gobierno con foto.

SI:

- Licencia de manejar o ID de Nevada
- Credencial Consular
- Pasaporte

NO:

- ID expirada
- ID de escuela
- Certificado de nacimiento

2. Prueba de domicilio.

SI:

- Recibo de luz (NV energy)
- Recibo de renta
- Recibo de teléfono de casa
- Contrato de arrendamiento
- Registración o aseguranza de carro

NO:

- Recibos de celular
- Estados de cuenta bancarios
- Estados de cuenta de tarjetas de crédito
- Estados de cuenta de hospital

3. Prueba de ingreso salarial.

- Talones de cheques (los pasados dos meses)
- Carta de determinación monetaria del Seguro Social
- Carta de determinación de desempleo
- Carta de sostenimiento (si no trabaja o no recibe ingresos)

Application must be submitted within 14 days of your visit for the Sliding Fee discount to apply

PATIENT NAME:	DATE OF BIRTH:
SOCIAL SECURITY NUMBER:	TELEPHONE NUMBER:
CURRENT PHYSICAL ADDRESS:	
CURRENT MAILING ADDRESS:	

NAME OF PERSON RESPONSIBLE FOR THE BILL:			
NAME OF DEPENDENTS	DOB	NAME OF DEPENDENTS	DOB

PLEASE CHECK TYPE OF INCOME YOU ARE RECEIVING:	AMOUNT	ANNUAL
<input type="checkbox"/> MONTHLY EMPLOYMENT WAGES		
<input type="checkbox"/> MONTHLY SOCIAL SECURITY BENEFIT		
<input type="checkbox"/> WEEKLY UNEMPLOYMENT BENEFIT		
<input type="checkbox"/> MONTHLY DISABILITY BENEFIT		
<input type="checkbox"/> MONTHLY ALIMONY/CHILD SUPPORT		
<input type="checkbox"/> MONTHLY PENSION		
<input type="checkbox"/> OTHER:		
TOTAL:		

SIGNATURE:	DATE:
------------	-------

FOR OFFICE USE ONLY		
TYPE OF ID:	MEDICAL	DENTAL
PROOF OF ADDRESS:	<input type="checkbox"/> \$40 (B)	<input type="checkbox"/> 40% (B)
# OF HOUSEHOLD MEMBERS:	<input type="checkbox"/> \$50 (C)	<input type="checkbox"/> 35% (C)
ANNUAL INCOME:	<input type="checkbox"/> \$60 (D)	<input type="checkbox"/> 30% (D)
<input type="checkbox"/> PENDING	<input type="checkbox"/> \$70 (E)	<input type="checkbox"/> 25% (E)
FOLLOW-UP APT:	<input type="checkbox"/> Not Qualified	<input type="checkbox"/> Not Qualified

STAFF SIGNATURE:	DATE:
------------------	-------

Tiene 14 días después de su cita médica para entregar su aplicación y calificar para el descuento

Nombre del paciente:	Fecha de Nacimiento:
Número de Seguro Social:	Teléfono:
Domicilio:	
Dirección Postal:	

Nombre de la persona responsable por el pago:

NOMBRE DE DEPENDIENTES	Fecha de Nac	NOMBRE DE DEPENDIENTES	Fecha de Nac

POR FAVOR MARQUE SI RECIBE ALGÚN INGRESO DE LOS SIGUIENTES:	MONTO:	ANUAL:
<input type="checkbox"/> SALARIO MENSUAL DE TRABAJO		
<input type="checkbox"/> BENEFICIO MENSUAL DEL SEGURO SOCIAL		
<input type="checkbox"/> BENEFICIO SEMANAL DE DESEMPLEO		
<input type="checkbox"/> BENEFICIO MENSUAL DE DESABILIDAD		
<input type="checkbox"/> PENSIÓN ALIMENTICIA MENSUAL		
<input type="checkbox"/> PENSIÓN MENSUAL		
<input type="checkbox"/> OTRO		
TOTAL:		

FIRMA:	FECHA:
--------	--------

FOR OFFICE USE ONLY		
TYPE OF ID:	MEDICAL	DENTAL
PROOF OF ADDRESS:	<input type="checkbox"/> \$40 (B)	<input type="checkbox"/> 40% (B)
# OF HOUSEHOLD MEMBERS:	<input type="checkbox"/> \$50 (C)	<input type="checkbox"/> 35% (C)
ANNUAL INCOME:	<input type="checkbox"/> \$60 (D)	<input type="checkbox"/> 30% (D)
<input type="checkbox"/> PENDING	<input type="checkbox"/> \$70 (E)	<input type="checkbox"/> 25% (E)
FOLLOW-UP APT:	<input type="checkbox"/> Not Qualified	<input type="checkbox"/> Not Qualified

STAFF SIGNATURE:	DATE:
------------------	-------