

Community Health Alliance Self-Declaration Form

We appreciate the opportunity to provide you with health care services. It is necessary for us to ask questions regarding your income status in order to give you a discount on your health care services if applicable. This form allows you to self-declare your income if unable to provide requested documents.

The sliding fee scale is based on total family size and Gross (total) annual income. In order to qualify for the sliding fee scale, you must provide one of the following sources of information for proof of income:

- Paycheck stubs for a total of one (1) month within the last three (3) months
- Social Security Determination Letter
- 1099 form or Current tax return
- Letter of verification by employer
- Pension or retirement Income
- Self-declaration form to be provided by staff if need

If you are unable to provide an income statement, you will be allowed to complete this Self Declaration form to be eligible for the sliding fee discount. Health Center Manager or designees have the authority to renew the self-declaration form in special circumstances such as change in gross annual income and family size per Community Health Alliance policy.

Print Full Name: _____ Date of Birth: _____

My current monthly family income is \$ _____
Number of family members residing in my household is _____

I have read the following information and understand the qualifications and documentation necessary to apply for the sliding fee scale. I further understand that if I do not provide the necessary information when I apply for eligibility I may be required to pay 100% of charges for services received

Patient Signature: _____ Date: _____

Print Staff Name: _____ Date: _____

Patients Account Number: _____

Community Health Alliance Forma de Autodeclaración

Apreciamos la oportunidad de proporcionarle servicios de salud. Es necesario que hagamos preguntas sobre el estado de ingresos para darle un descuento en sus visitas de atención médica. Este formulario le permite autodeclarar sus ingresos si no puede proporcionar los documentos solicitados.

La escala de descuentos es basada en el número total de la familia y sus ingresos totales anuales. Para calificar en la escala de descuentos, debe proporcionar uno de los siguientes requisitos de información como prueba de sus ingresos:

- Talones de Cheque para un total de un (1) mes entre los últimos tres (3) meses
- Carta de Determinación de el Seguro Social
- Forma 1099 ó Devolución de Impuestos Anual
- Carta de Verificación por el Empleador
- Ingresos por Jubilación ó Pensión
- Formulario de Autodeclaración proporcionada por el personal sí es necesario

Si no puede proporcionar un estado de cuentas de ingresos, se le permitirá completar esta forma de Auto Declaración para ser elegible para la escala de descuento. El Gerente ó sus designados del Centro de Salud tienen la autoridad para renovar la forma de Auto Declaración en circunstancias especiales, como cambios en ingreso anual ó en el tamaño de la familia de acuerdo a las pólizas de Community Health Alliance.

Nombre Completo en letra de molde: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Mi ingreso familiar mensual es de \$ _____

Número de miembros de mi familia que residen en mi hogar es: _____

He leído la siguiente información y entiendo las calificaciones y la documentación necesaria para solicitar la escala de descuentos. Además, entiendo que si no proporciono la información necesaria para aplicar de nuevo para la elegibilidad, es posible que debo pagar el 100% de los cargos por los servicios recibidos.

Firma del Paciente: _____

Fecha: _____

Print Staff Name: _____

Date: _____

Patient's Account Number: _____