

Sliding Fee Discount Application

Fax Wells 775-348-3893 | Fax Sun Valley 775-870-4634 | Fax Neil Road 775-870-4633 | Fax Sparks Health Center 775-997-7350 | Fax North Valley 775-362-0050

COMMUNITY HEALTH ALLIANCE WELCOMES ALL PATIENTS

As a Federally Qualified Health Center, we are pleased to offer the Sliding Fee Discount Application to all patients at all centers for Medical/Behavioral Health/Dental/Reproductive/Pharmacy services. If you apply and are determined to be eligible, you may qualify for a discount. We may be able to assist you by applying our sliding fee discount to your co-pay and deductibles **if your insurance allows**. If you choose to apply for the Sliding Fee Scale, please complete this application in its entirety.

To qualify for the sliding fee discount program any of the following items below are required:

Proof of income for all family household members.

The following may be used to prove gross annual 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 choose not to apply for our Sliding Fee Scale please print name, include date of birth, sign and date, and check mark the box indicating you are declining the application. Upon declining the Sliding Fee Discount Application, you will be responsible to pay for your services at Community Health Alliance.

Print Name: _____

Date of Birth: _____

Signature: _____

Date: _____

Decline the Sliding Fee Discount

If you did **NOT** qualify. This application is in effect for one year. If you have any changes in your status please inform our staff as you may apply again for the Sliding Fee Scale.

For Office Use Only: Did not qualify – scan page into patient documents

Sliding Fee Discount Application

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

NAME OF PERSON RESPONSIBLE ON THE BILL:					
NAME OF DEPENDENTS	DOB	AGE	NAME OF DEPENDENTS	DOB	AGE

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:
------------	-------

CHA SERVICES SLIDING FEE QUALIFICATION	
FOR OFFICE USE ONLY	
ID Provided: YES/NO	CHA SERVICES: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F *
VERIFIED ALL FAMILY INCOME (RELATED INDIVIDUALS ONLY)	
# OF HOUSEHOLD MEMBERS:	
ANNUAL INCOME:	
ACCOUNT NUMBER:	
:	*Only qualifies for RH Slide

PRINT STAFF:	DATE:
--------------	-------

Aplicación Para Escala de Descuentos

Fax Wells 775-348-3893 | Fax Sun Valley 775-870-4634 | Fax Neil Road 775-870-4633 | Fax Sparks Health Center 775-997-7350 | Fax North Valley 775-362-0050

COMMUNITY HEALTH ALLIANCE LE DA LA BIENVENIDA A TODOS LOS PACIENTES

Como un Centro de Salud calificado a nivel Federal, nos complace ofrecer la Aplicación Para Escala de Descuentos a todos los pacientes en todos los centros de salud médica/ salud de conducta/servicios dentales. Si usted solicita y se determina que es elegible, puede calificar para un descuento. Podemos ayudarle aplicando nuestra escala de descuento a su co-pago y deducibles **si su seguro médico lo permite**. Si decide aplicar para la escala de descuento por favor llene esta aplicación completamente.

Para calificar para el programa de Escala de Descuentos cualquiera de los documentos a continuación son obligatorios:

Prueba de ingresos para todos los miembros de su familia.

Lo siguiente se puede utilizar para comprobar sus ingresos anuales:

- 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 decide no solicitar nuestra aplicación para la escala de descuentos por favor marque la casilla indicando que está rechazando la aplicación, incluya sus iniciales y la fecha. Al rechazar la aplicación para la escala de descuento usted será responsable de pagar por sus servicios en Community Health Alliance.

Nombre en Letra de Molde: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

- Rechazo la Escala de Descuentos

Si usted NO calificó. Esta aplicación esta en efecto por un año. Si usted tiene algun cambio en su estado de ingresos por favor informe a nuestro personal, ya que puede volver a aplicar para la Escala de Descuento.

For Office Use Only: Did not qualify – scan page into patient documents

Aplicación Para Escala de Descuentos

NOMBRE DE PACIENTE:	FECHA DE NACIMIENTO:
# DE SEGURO SOCIAL:	NUMERO DE TELEFONO:
DIRECCIÓN ACTUAL DE DOMICILIO:	
DIRECCIÓN ACTUAL POSTAL:	

NOMBRE DE PERSONA RESPONSABLE DE LA CUENTA:					
NOMBRE DE DEPENDIENTES	FECHA DE NAC.	EDAD	NOMBRE DE DEPENDIENTES	FECHA DE NAC.	EDAD

POR FAVOR VERIFIQUE EL TIPO DE INGRESO QUE ESTÁ RECIBIENDO:	CANTIDAD	ANUAL
<input type="checkbox"/> SALARIO MENSUAL DE EMPLEO		
<input type="checkbox"/> BENEFICIO MENSUAL DE SEGURO SOCIAL		
<input type="checkbox"/> BENEFICIO SEMANAL DE DESEMPLEO		
<input type="checkbox"/> BENEFICIO MENSUAL DE DISCAPACIDAD		
<input type="checkbox"/> SOSTENIMIENTO DE MANUTENCION DE HIJOS/ESPOSO(A)		
<input type="checkbox"/> PENSIÓN MENSUAL		
<input type="checkbox"/> OTRO		
TOTAL:		

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

CHA SERVICES SLIDING FEE QUALIFICATION	
FOR OFFICE USE ONLY	
ID Provided: YES/NO	CHA SERVICES: <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F *
VERIFIED ALL FAMILY INCOME (RELATED INDIVIDUALS ONLY)	
# OF HOUSEHOLD MEMBERS:	
ANNUAL INCOME:	
ACCOUNT NUMBER:	
:	*Only qualifies for RH Slide

PRINT STAFF:	DATE:
--------------	-------