

## Sliding Fee Scale Application

Dear Patient,

Thank you for choosing Valley Professionals Community Health Center as your medical home. Your health and wellness is our top priority. Valley Professionals offers a program to ensure you can receive the care you need. It can assist you if you don't have insurance or are underinsured. This program is income-based and could result in reduced fees. If you feel this program would benefit you, please complete the attached Sliding Fee Application.

Please include in your application:

**1) Proof of Income** (for any person in your tax household)

- Paystubs (for the most recent 30 days)
- Unemployment statement, SSI benefits, retirement statements.

**2) Proof of Residency**

- Any piece of mail received at your current address with your name on it.

**3) Photo Identification**

- Driver's License or State I.D.

After we review your application, you will be notified of your Sliding Fee determination. This notification will include your approval status and required co-pays (as applicable).

If you have any questions, please get in touch with one of our Community Resource Navigators.

We look forward to serving your health care needs.

**Patient Information:**

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work or Cell Phone: \_\_\_\_\_

**Would you like a Community Resource Navigator to contact you regarding health insurance options?**

Yes  No

Marital Status:  Single  Married  Separated  Divorced  Widowed

Living Status:  Own Home  Rent *(If you selected "Own Home" or "Rent", skip to #2)*  
 Living with Friend/Relative *(If you selected Friend/Relative, continue to #1)*

1. I, \_\_\_\_\_ currently live with \_\_\_\_\_  
 (Applicant's name) (Name of person aiding)  
 at \_\_\_\_\_  
 (Address)

\_\_\_\_\_ provides for my basic needs of food and shelter.  
 (Name of person aiding)

**2. Tax Household:** Do you file taxes, or are you part of a household that files taxes?

Yes *(If yes, list anyone being claimed on your current taxes below)*  
 No *(If no, skip to #3)*

	<i><b>Name</b></i>	<i><b>Date of Birth</b></i>
1)	_____	_____
2)	_____	_____
3)	_____	_____
4)	_____	_____
5)	_____	_____

3. I, \_\_\_\_\_ did not file Federal income taxes in the last year and I am **not**  
(Applicant's name) part of a household that filed taxes.

**Are you or anyone in your tax household employed or receiving any other income?**

Yes *(If yes, select income type below)*

No *(If no, skip to the applicant #4)*

Employer wages, salaries     Tips     Social Security Benefits     Unemployment

Alimony     Retirement     Self Employed     Investment/Rental Income

Other \_\_\_\_\_

4. I, \_\_\_\_\_ am currently unemployed and have no source of income.  
(Applicant's name)

I am meeting my basic needs through the assistance of family, friends, and community resources.

*By signing below, I agree that the information provided above is correct to the best of my ability. I agree if any information is found to be incorrect, my sliding fee determination may be void. I further agree to pay any copays at the time of service.*

**Applicant Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

## Sliding Fee Scale Application

Estimado paciente:

Gracias por elegir Valley Professionals Community Health Center como su hogar médico. Su salud y bienestar es nuestra máxima prioridad. Valley Professionals ofrece un programa para garantizar que pueda recibir la atención que necesita. Puede ayudarlo si no tiene seguro o tiene un seguro insuficiente. Este programa se basa en los ingresos y podría resultar en tarifas reducidas. Si cree que este programa lo beneficiaría, complete la Solicitud de Tarifa Variable adjunta.

Por favor, incluya en su solicitud:

1. **Comprobante de ingresos** (para cualquier persona en su hogar fiscal)
  - Talones de pago (de los últimos 30 días)
  - Declaración de desempleo, beneficios de SSI, declaraciones de jubilación.
2. **Comprobante de residencia**
  - Cualquier pieza de correo recibida en su dirección actual con su nombre.
3. **Identificación con foto**
  - Licencia de conducir o identificación estatal

Después de que revisemos su solicitud, se le notificará la determinación de su tarifa variable. Esta notificación incluirá su estado de aprobación y los copagos requeridos (según corresponda).

Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con uno de nuestros navegadores de recursos comunitarios.

Esperamos poder atender sus necesidades de atención médica.

**¿Le gustaría que un Navegador de Recursos Comunitarios se comunice con usted con respecto a las opciones de seguro médico?**

**Sí**       **No**

**Información para el paciente:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo o celular: \_\_\_\_\_

Estado Civil:     Soltero     Casado     Separado     Divorciado     Viudo

**Estado de Vida:**  Alquiler de Vivienda     Propia *(Si seleccionó "Vivienda Propia" o "Alquiler", pase al #2)*  
 Vivir con un amigo/familiar *(Si seleccionó Amigo/familiar, continúe con el #1)*

1. Yo, \_\_\_\_\_ actualmente vivo con \_\_\_\_\_  
(Nombre del solicitante) (Nombre de la persona que ayuda)  
en \_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_ Provee para mis necesidades básicas de comida y vivienda.  
(Nombre de la persona que ayuda)

2. **Impuestos Familiares:** ¿Declaras impuestos o eres parte de un hogar que declara impuestos?  
 Sí *(En caso afirmativo, enumere a continuación a cualquier persona que esté siendo reclamada en sus impuestos actuales)*  
 No *(Si no, pasa al #3)*

	<b>Nombre</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>
1)	_____	_____
2)	_____	_____
3)	_____	_____
4)	_____	_____
5)	_____	_____

3. Yo, \_\_\_\_\_ no declararé impuestos federales sobre la renta en el último  
(Nombre del solicitante) año y no lo hago parte de un hogar que declaró impuestos.

¿Está empleado actualmente o recibe algún otro ingreso?  Sí (en caso afirmativo, seleccione el tipo de ingreso a continuación)

No (Si no, pase al solicitante #4)

Sueldos y salarios del empleador  Consejos  Seguridad social Beneficios  Desempleo

Pensión alimenticia  Jubilación  Autónomo  Ingresos por Inversión/Alquiler

Otro \_\_\_\_\_

4. Yo, \_\_\_\_\_ actualmente estoy desempleado y no tengo ninguna fuente  
(Nombre del solicitante) de ingresos.

Estoy satisfaciendo mis necesidades básicas a través de la ayuda de familiares, amigos y recursos comunitarios.

*Al firmar a continuación, acepto que la información proporcionada anteriormente es correcta en la medida de mis posibilidades. Estoy de acuerdo en que si se determina que alguna información es incorrecta, mi determinación de tarifa variable puede ser nula. Además, acepto pagar cualquier copago en el momento del servicio.*

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Sliding Fee Scale Application

Bệnh nhân thân mến,

Cảm ơn bạn đã chọn Trung tâm Y tế Cộng đồng Chuyên gia Thung lũng làm nhà y tế của bạn. Sức khỏe và sức khỏe của bạn là ưu tiên hàng đầu của chúng tôi. Valley Professionals cung cấp một chương trình để đảm bảo bạn có thể nhận được sự chăm sóc bạn cần. Nó có thể hỗ trợ bạn nếu bạn không có bảo hiểm hoặc không được bảo hiểm. Chương trình này dựa trên thu nhập và có thể dẫn đến giảm học phí. Nếu bạn cảm thấy chương trình này sẽ có lợi cho bạn, vui lòng hoàn thành Đơn đăng ký Phí trượt đính kèm.

Vui lòng bao gồm trong đơn đăng ký của bạn:

1. **Giấy tờ chứng minh thu nhập** (đối với bất kỳ người nào trong hộ gia đình thuế của bạn)
  - Cuống phiếu lương (trong 30 ngày gần đây nhất)
  - Báo cáo thất nghiệp, trợ cấp SSI, báo cáo nghỉ hưu.
2. **Bảng chứng cư trú**
  - Bất kỳ mẫu thư nào nhận được tại địa chỉ hiện tại của bạn với tên của bạn trên đó.
3. **Giấy tờ tùy thân có ảnh**
  - Giấy phép lái xe hoặc ID tiểu bang

Sau khi chúng tôi xem xét đơn đăng ký của bạn, bạn sẽ được thông báo về quyết định Phí trượt của mình. Thông báo này sẽ bao gồm trạng thái phê duyệt của bạn và các khoản đồng thanh toán bắt buộc (nếu có).

Nếu bạn có bất kỳ câu hỏi nào, vui lòng liên hệ với một trong những Người điều hướng tài nguyên cộng đồng của chúng tôi.

Chúng tôi mong muốn được phục vụ nhu cầu chăm sóc sức khỏe của bạn.

**Thông tin bệnh nhân:**

Tên: \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Điện thoại nhà: \_\_\_\_\_ Cơ quan hoặc Điện thoại di động: \_\_\_\_\_

**Bạn có muốn một Điều hướng Nguồn lực Cộng đồng liên hệ với bạn về các lựa chọn bảo hiểm y tế không?**  Có  Không

Tình trạng hôn nhân:  Đơn  Kết hôn  Tách ra  Ly dị  Goá

Tình trạng sống:  Nhà riêng  Thuê (Nếu bạn chọn "Own Home" hoặc "Rent", hãy chuyển đến #2)  
 Sống với bạn bè / người thân (Nếu bạn đã chọn Bạn bè / Người thân, hãy tiếp tục # 1)

1. Tôi, \_\_\_\_\_ hiện đang sống với \_\_\_\_\_  
(Tên ứng viên) (Tên người giúp việc)  
tại \_\_\_\_\_  
(Địa chỉ)

\_\_\_\_\_ cung cấp cho các nhu cầu cơ bản của tôi về thực phẩm và chỗ ở.  
(Tên người giúp việc)

2. **Hộ gia đình thuế:** Quý vị có khai thuế không, hay quý vị là thành viên của một hộ gia đình khai thuế?  
 Có  
(Nếu có, hãy liệt kê bất kỳ ai được tuyên bố là người phụ thuộc vào các khoản thuế hiện tại của bạn bên dưới)  
 Không (Nếu không, hãy chuyển đến #3)

	<b>Tên</b>	<b>Ngày sinh</b>
1)	_____	_____
2)	_____	_____
3)	_____	_____
4)	_____	_____



3. Tôi, \_\_\_\_\_ đã không nộp thuế thu nhập liên bang trong năm ngoái.  
(Tên ứng viên)

**Bạn hiện đang làm việc hoặc nhận bất kỳ thu nhập nào khác?**

Có (Nếu có, hãy chọn loại thu nhập bên dưới)

Không (Nếu không, hãy bỏ qua cho người nộp đơn # 4)

Tiền lương, tiền công của người sử dụng lao động  Mẹo  Lợi ích an sinh xã hội  Nghỉ hưu

Tiền cấp dưỡng  Tự kinh doanh  Thu nhập đầu tư/cho thuê  Sự thất nghiệp

Khác \_\_\_\_\_

4. Tôi, \_\_\_\_\_ hiện đang thất nghiệp và không có nguồn thu nhập.  
(Tên ứng viên)

Tôi đang đáp ứng các nhu cầu cơ bản của mình thông qua sự hỗ trợ của gia đình, bạn bè và các nguồn lực cộng đồng.

*Bằng cách ký tên bên dưới, tôi đồng ý rằng thông tin được cung cấp ở trên là chính xác trong khả năng tốt nhất của tôi. Tôi đồng ý nếu có bất kỳ thông tin nào được phát hiện là không chính xác, việc xác định phí trượt của tôi có thể bị vô hiệu. Tôi cũng đồng ý thanh toán bất kỳ khoản đồng thanh toán nào tại thời điểm dịch vụ.*

Chữ ký của người nộp đơn: \_\_\_\_\_ Ngày: \_\_\_\_\_