

Sliding Fee Scale

VPCHC is a Federally Qualified Health Center that receives government funding. Due to this funding, we have the opportunity to offer a discount on your services based on your annual income. If you feel this may be a benefit to you and/or your family, please complete the information below and provide verification of income within 10 days of receipt of this application. Should the required documentation not be received, no discount will be given.

Patient Information:

Name: _____ Date of Birth: _____

Address: _____

Home phone: _____ Work or Cell phone: _____

Marital Status: Single Married Separated Divorced Widowed

Household Information: List **all** individuals living in the home.

Name	Date of Birth
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____

Income Information: Please complete for all adult household members who are employed.
Proof of income (income tax return or last 2 paystubs) **must** be provided.

Employed person: _____ Company: _____

Income (before taxes) \$ _____ Paid: Weekly Every 2 weeks Monthly Other

Employed person: _____ Company: _____

Income (before taxes) \$ _____ Paid: Weekly Every 2 weeks Monthly Other

Other Income:

Alimony \$ _____ Child support \$ _____ Disability \$ _____ Pension \$ _____

Social security \$ _____ S.S.I. \$ _____ Unemployment \$ _____ Other \$ _____

By signing below, I agree to provide VPCHC with proof of income for the purpose of calculating my discount. I understand I will be asked to reapply on an annual basis and agree to inform VPCHC if there are changes to my income, household size or insurance coverage. I understand that certain services and/or items cannot be discounted. I agree to pay my copay at the time of service. I hereby certify that the information provided is correct.

Applicant signature _____ Date _____

For Office Use Only

Account # _____

Effective date _____

Total income \$ _____

Discount _____

Staff initials _____

Required Documentation

The following documentation is mandatory to complete your sliding fee application.

1. Proof of Income (Provide all that apply to your household)
 - Paystubs – *most recent 30 days*
 - Copy of unemployment statement, social security benefits (bank statement or benefits statement), pension or retirement statement
2. Taxes
 - W2's or copy of your most recent tax filing with the IRS
3. Proof of Residency
 - Any piece of mail received at your home with your name and current address

Documents from all three categories must be provided within 10 business days in order to process your application. If documents are unavailable, please complete the attestation form. Documents and/or completed attestation form are due on _____.

Your prompt attention to this matter will ensure all eligible discounts are received. Upon approval of your sliding fee application, discounts will be applied to outstanding charges going back 90 days. Charges older than 90 days from the application approval date will not be adjusted.

Attestation Form

Housing/Living Expenses

I, _____ currently live with (name of person aiding) _____
at (address) _____.

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

Applicant signature: _____ Date: _____

Person aiding signature: _____ Date: _____

Income/Employment

I, _____ am currently unemployed and have no source of income. I am meeting my basic needs through the assistance of family, friends and community resources.

Applicant signature: _____ Date: _____

Tax Filing

I, _____ do not file Federal income taxes.

Applicant signature: _____ Date: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Items received: (check all that apply)

Application Proof of Income Proof of Tax Filing Proof of Residency

*All items must be received before application can be processed.

Navigator signature: _____ Date: _____

Escala móvil de tarifas

VPCHC es un Centro de Salud Federalmente Calificado que recibe fondos del gobierno. Gracias a esta financiación, tenemos la oportunidad de ofrecer un descuento en sus servicios en función de sus ingresos anuales. Si cree que esto puede ser un beneficio para usted y/o su familia, complete la información a continuación y proporcione una verificación de ingresos dentro de los 10 días posteriores a la recepción de esta solicitud. En caso de no recibir la documentación requerida, no se otorgará ningún descuento.

Información para el paciente:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo o celular: _____

Estado civil: Soltero Casado Separado Divorciado Viudo

Información del hogar: Enumere **a todas** las personas que viven en el hogar.

Nombre	Fecha de nacimiento
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____

Información de ingresos: Por favor complete para todos los miembros adultos del hogar que estén empleados. Se debe **proporcionar** un comprobante de ingresos (declaración de impuestos sobre la renta o los últimos 2 recibos de pago).

Persona empleada: _____ Empresa: _____

Ingresos (antes de impuestos) \$ _____ Pagados: Semanal Cada 2 semanas Mensual Otro

Persona empleada: _____ Empresa: _____

Ingresos (antes de impuestos) \$ _____ Pagados: Semanal Cada 2 semanas Mensual Otro

Otros ingresos:

Pensión alimenticia \$ _____ Manutención de los hijos \$ _____ Discapacidad \$ _____ Pensión \$ _____

Seguro Social \$ _____ S.S.I. \$ _____ Desempleo \$ _____ Otros \$ _____

Al firmar a continuación, acepto proporcionar a VPCHC un comprobante de ingresos con el fin de calcular mi descuento. Entiendo que se me pedirá que vuelva a presentar una solicitud anual y acepto informar a VPCHC si hay cambios en mis ingresos, el tamaño de mi hogar o la cobertura de seguro. Entiendo que ciertos servicios y/o artículos no pueden ser descontados. Acepto pagar mi copago en el momento del servicio. Por la presente certifico que la información proporcionada es correcta.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

For Office Use Only	
Account #	_____
Effective Date	_____
Total Income \$	_____
Discount	_____
Staff Initials	_____

Documentación requerida

La siguiente documentación es obligatoria para completar su solicitud de tarifa variable.

1. Comprobante de ingresos (proporcione todo lo que corresponda a su hogar)
 - Recibos de pago: *los últimos 30 días*
 - Copia de la declaración de desempleo, beneficios de la seguridad social (estado de cuenta bancario o declaración de beneficios), declaración de pensión o jubilación
2. Impuestos
 - W2 o copia de su declaración de impuestos más reciente con el IRS
3. Comprobante de residencia
 - Cualquier correo recibido en su casa con su nombre y dirección actual

Los documentos de las tres categorías deben proporcionarse dentro de los 10 días hábiles para procesar su solicitud. Si los documentos no están disponibles, complete el formulario de certificación. Los documentos y/o el formulario de declaración completo deben entregarse el

_____.

Su pronta atención a este asunto garantizará que se reciban todos los descuentos elegibles. Una vez aprobada su solicitud de tarifa variable, se aplicarán descuentos a los cargos pendientes que se remonten a 90 días atrás. Los cargos con más de 90 días de antigüedad a partir de la fecha de aprobación de la solicitud no se ajustarán.

Formulario de certificación

Gastos de Vivienda/Manutención

Yo, _____ vivo actualmente con (nombre de la persona que ayuda)
_____ en (dirección) _____.

(Nombre de la persona que me ayuda) _____ provee para mis necesidades básicas de comida y refugio.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Persona que ayuda a firmar: _____ Fecha: _____

Ingresos/Empleo

Yo, _____ estoy actualmente desempleado y no tengo ninguna fuente de ingresos. Estoy satisfaciendo mis necesidades básicas a través de la ayuda de familiares, amigos y recursos comunitarios.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Declaración de impuestos

Yo, _____ no declaro impuestos federales sobre la renta.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Items received: (check all that apply)

Application Proof of Income Proof of Tax Filing Proof of Residency

*All items must be received before application can be processed.

Navigator signature: _____ Date: _____

Thang phí trượt

VPCHC là một Trung tâm Y tế Đủ tiêu chuẩn Liên bang nhận tài trợ của chính phủ. Do nguồn tài trợ này, chúng tôi có cơ hội giảm giá cho các dịch vụ của bạn dựa trên thu nhập hàng năm của bạn. Nếu bạn cảm thấy đây có thể là một lợi ích cho bạn và / hoặc gia đình bạn, vui lòng điền thông tin dưới đây và cung cấp xác minh thu nhập trong vòng 10 ngày kể từ ngày nhận được đơn đăng ký này. Nếu không nhận được tài liệu cần thiết, sẽ không được giảm giá.

Thông tin bệnh nhân:

Tên: _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại nhà: _____

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

Thông tin hộ gia đình: Liệt kê **tất cả các** cá nhân sống trong nhà.

Tên	Ngày sinh
1) _____	_____
2) _____	_____
3) _____	_____
4) _____	_____
5) _____	_____

Thông tin thu nhập: Vui lòng điền đầy đủ cho tất cả các thành viên trưởng thành trong gia đình đang làm việc. Bằng chứng về thu nhập (tờ khai thuế thu nhập hoặc 2 công phiếu lương cuối cùng) **phải** được cung cấp.

Người làm việc: _____ Công ty: _____

Thu nhập (trước thuế) \$ _____ Trả tiền: Tuần Cứ sau 2 tuần Nguyệt san Khác

Người làm việc: _____ Công ty: _____

Thu nhập (trước thuế) \$ _____ Trả tiền: Tuần Cứ sau 2 tuần Nguyệt san Khác

Thu nhập khác:

Tiền cấp dưỡng \$ _____ Hỗ trợ nuôi con \$ _____ Tàn tật \$ _____ Lương hưu \$ _____

An sinh xã hội \$ _____ S.S.I. \$ _____ Sự thất nghiệp \$ _____ Khác \$ _____

Bằng cách ký tên bên dưới, tôi đồng ý cung cấp cho VPCHC bằng chứng thu nhập cho mục đích tính chiết khấu của tôi. Tôi hiểu rằng tôi sẽ được yêu cầu đăng ký lại hàng năm và đồng ý thông báo cho VPCHC nếu có thay đổi về thu nhập, quy mô hộ gia đình hoặc phạm vi bảo hiểm của tôi. Tôi hiểu rằng một số dịch vụ và / hoặc mặt hàng nhất định không thể được giảm giá. Tôi đồng ý thanh toán khoản đồng thanh toán của mình tại thời điểm dịch vụ. Tôi xin xác nhận rằng thông tin được cung cấp là chính xác.

Chữ ký của người nộp đơn _____ Ngày _____

For Office Use Only

Account # _____

Effective date _____

Total income \$ _____

Discount _____

Staff initials _____

Tài liệu cần thiết

Các tài liệu sau đây là bắt buộc để hoàn thành đơn đăng ký phí trượt của bạn.

1. Bằng chứng thu nhập (Cung cấp tất cả những gì áp dụng cho hộ gia đình của bạn)
 - Cuống phiếu lương – 30 ngày gần đây nhất
 - Bản sao báo cáo thất nghiệp, trợ cấp an sinh xã hội (sao kê ngân hàng hoặc bảng sao kê phúc lợi), bảng sao kê lương hưu hoặc hưu trí
2. Thuế
 - W2 hoặc bản sao hồ sơ khai thuế gần đây nhất của quý vị với IRS
3. Bằng chứng cư trú
 - Bất kỳ mẫu thư nào nhận được tại nhà của bạn với tên và địa chỉ hiện tại của bạn

Tài liệu từ cả ba loại phải được cung cấp trong vòng 10 ngày làm việc để xử lý đơn đăng ký của bạn. Nếu tài liệu không có sẵn, vui lòng hoàn thành mẫu chứng thực. Các tài liệu và / hoặc mẫu chứng thực đã điền đầy đủ đến hạn vào _____.

Sự chú ý nhanh chóng của bạn về vấn đề này sẽ đảm bảo tất cả các khoản giảm giá đủ điều kiện đều được nhận. Sau khi phê duyệt đơn đăng ký phí trượt của bạn, chiết khấu sẽ được áp dụng cho các khoản phí chưa thanh toán trong 90 ngày trở lại đây. Các khoản phí quá 90 ngày kể từ ngày phê duyệt đơn đăng ký sẽ không được điều chỉnh.

Mẫu chứng thực

Chi phí nhà ở / sinh hoạt

Tôi, _____ Hiện đang sống với (tên của người giúp đỡ) _____
tại (địa chỉ) _____.

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

Chữ ký của người nộp đơn: _____ Ngày: _____

Người giúp chữ ký: _____ Ngày: _____

Thu nhập/Việc làm

Tôi, _____ đang thất nghiệp và không có nguồn lối túc. 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.

Chữ ký của người nộp đơn: _____ Ngày: _____

Khai thuế

Tôi, _____ không nộp thuế thu nhập liên bang.

Chữ ký của người nộp đơn: _____ Ngày: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Items received: (check all that apply)

Application Proof of Income Proof of Tax Filing Proof of Residency

*All items must be received before application can be processed.

Navigator signature: _____ Date: _____