

## 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: \_\_\_\_\_