



## Couta De Deslizamiento Aplicacion

La escala de tarifa sin deslizamiento es un metodo para proporcionar una tarifa reducida, basado en el tamano y los ingresos de el hogar. Para ser eligible para este programa. La siguiente aplicacion debe completarse, firma, fecha con comprobante de ingresos. (Ver lista para formas aceptables de ingresos) Y aprobado

Jefe de familia: Apellido \_\_\_\_\_ Primer Nombre \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_  
 Direccion postal: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Codigo postal \_\_\_\_\_

Usted o algnos de los miembros de su hogar solicito Medicaid? (Title XIX)? Si  No

**FUENTES DE INGRESOS:** Todos los miembros que viven en el hogar. "Hogar" Se considera toda persona que vive con usted en la misma direccion. **Si su situacion de vivienda es temporal, informe al evauador financiero.**

Fuente	Cantidad(\$)	Semanal	Bisemanal	Mensual	Anualmente	Ingresos Anuales
Sueldos Y Salarios (Propio)		—	—	—	—	
Sueldos Y Salarios (Conyuge)		—	—	—	—	
Sueldos Y Salarios (otros)		—	—	—	—	
Compensacion de desempleo		—	—	—	—	
Seguro Social Propio/conyuge		—	—	—	—	
Seguro Social (Ninos)		—	—	—	—	
SSDI (Ingresos por discapacidad de seguro social)		—	—	—	—	
Pension		—	—	—	—	
Miltar / Beneficios Veteranos		—	—	—	—	
Beneficios de Desempleo		—	—	—	—	
Alquiler/Ingresios de Inversion		—	—	—	—	
Ingresios ganiancias de capital		—	—	—	—	
Otros miembros de la familia		—	—	—	—	

**TAMANO DEL HOGAR:** Enumere a todos los miembros del hogar por NOMBRE, FECHA DE NACIMIENTO, Y NUMERO DE SEGURO SOCIAL incluyendote a ti mismo:

Nombre	Fecha De Nacimiento	Relacion	Seguro Social #
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

**POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE LO SIGUIENTE**

Declaro que el estado financiero de mi hogar esta listado arriba. Entiendo lo siguiente:

- Gracepoint esta utilizando dolares de impuestos federales para ayudarme a recibir atencion medica
- la informacion falsa con respecto a los ingresos de mi hogar se considera fraude contra nuestro gobierno
- Cualquier cambio en mis finanzas o el numero de personas en mi hogar debe ser reportado a Gracepoint. Y una nueva solicitud debe ser completada

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

Verificar y firmar solo si corresponde. Me han informado y comprendo los posibles beneficios financieros de participar en el proceso de escala de tarifas deslizantes: Sin embargo, en este momento no deseo participar

Firma Del Paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Patient Name: \_\_\_\_\_

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

Usted esta obligado a proporcionar una prueba de los ingresos listados para completar su solicitud. Las siguientes son formas aceptables de ingreso.

- Inpuesto Federal actual (1040, 1040A or 1040 EZ Form)
  - Nomina del mes reciente
  - Estado de cuenta bancario actual que muestre el deposito directo o los talones de cheques mas recientes totalmente un mes de pago (SS, SSI, SSD, Pago de Jubilacion, Pension,)
  - Impresion de la oficina emitiendo pagos (SS, SSDI, Desempleo, VA, etc.)
  - Declaracion del empleador para efectivo y salario (Debe incluir el nombre del empleador, direccion y numero de telefono
  - Carta de premiacion
- 

**Uso de oficina solamente:**

Attesting patient declined to sign application: Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

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

Application Received/Entered: Date: \_\_\_\_\_ By: \_\_\_\_\_

Household Size: \_\_\_\_\_

Calculated Income Total: \$ \_\_\_\_\_

Sliding Fee Scale Level Approved:            Nominal    A    B    C    D    Full Fee

Patient Notified of SFS Application Status:

- At office/in person     Reached patient by phone     Attempted by phone/didn't reach patient

Date: \_\_\_\_\_

**90 Day Waiver Eligibility:**

Does the patient report one or more of the following:  Yes  No

- Homeless
- Recent loss of income
- Resides in Public Housing
- Filed for Bankruptcy
- Other income issue reported: \_\_\_\_\_

Patient is required to bring in written proof of homelessness, income loss, public housing, bankruptcy, etc.

Staff with the Billing Manager and/or Executive Director for approval after receiving written proof.  
Set the Financial Investigation income at \$0 (unless other amount is reported). -

**Examples of written proof:**

- Homeless (Letter on letterhead from a local shelter or community provider attesting homelessness)
- Recent loss of income (Letter on employer letterhead or Unemployment Letter of Determination)
- Resides in Public Housing (Housing Lease or recent utility statement in person's name)
- Filed for Bankruptcy (County Court Filing form)

Revised: 8/27/2020

Patient Name: \_\_\_\_\_

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