



SLIDING FEE SCALE INFO SHEET

Our goal is to work with you to provide access to affordable health care services. The Sliding Fee Scale is a method for providing reduced fees based on a household's size and income. In order to be eligible for this program, the following must be submitted along with income verification as listed below for **all sources of income in the household.**

ACCEPTABLE FORMS OF INCOME VERIFICATION	
Salary / wages from employment:	<ul style="list-style-type: none"> • Two (2) most recent paycheck stubs OR • Current bank statement showing direct deposit of two (2) most recent paychecks OR • Prior year's tax return showing Adjusted Gross Income (AGI)
Unemployment benefits:	<ul style="list-style-type: none"> • Unemployment benefit statement OR • Current bank statement showing direct deposit of unemployment benefit OR • Prior year's tax return showing Adjusted Gross Income (AGI)
Unemployed but not receiving benefits:	<ul style="list-style-type: none"> • SEQY printout from the Social Security Administration website (http://www.ssa.gov/myaccount/) OR • Letter of Support (must include the dates of support provided, contact information for the supporter, and the nature of support provided, including cash payments, room & board, etc.
Disability benefits:	<ul style="list-style-type: none"> • TPQY printout from the Social Security Administration website (http://www.ssa.gov/myaccount/) OR • Disability benefit statement
Other:	<ul style="list-style-type: none"> • Letter of Support (must include the dates of support provided, contact information for the supporter, and the nature of support provided, including cash payments, room & board, etc. • Letter from a shelter, mission, caseworker, on official letterhead, explaining your situation and the nature of your financial situation • Other forms of income verification may be considered on a case-by-case basis with management approval
Presumptive eligibility:	<ul style="list-style-type: none"> • Patients who are unable to provide the required documentation at the time of service/qualification may be granted up to fifteen (15) days to provide the requested information. By signing this form I acknowledge that the account will be held in a pending status, and if the information is not provided I will not have satisfied eligibility requirements for the Sliding Fee Scale and will be responsible for 100% of all charges.



PROGRAMA DE DESCUENTOS

Nuestra meta es trabajar con usted para darle acceso a servicios de salud al alcance de su bolsillo. El Programa de Descuento es un método para ofrecerle costos reducidos basados en el tamaño de su hogar y en los ingresos del mismo. Para aplicar a este programa debe presentar lo siguiente junto con la verificación de ingresos para todas las fuentes de ingresos del hogar.

FORMAS ACEPTABLES PARA LA VERIFICACION DE INGRESOS	
Salarios de empleo:	<ul style="list-style-type: none"> • Dos (2) de los más recientes cheques O • Estados bancarios actuales que muestren depósito directo de los dos (2) cheques más recientes. • Declaración de Impuestos del año anterior que muestre el Ingreso Bruto Ajustado (AGI)
Beneficios de desempleo:	<ul style="list-style-type: none"> • Declaración de los beneficios de desempleo O • Estados bancarios actuales que muestren depósitos directos de beneficios de desempleo O • Declaración de impuestos del año anterior que muestre el Ajuste de Ingreso Bruto (AGI)
Desempleado, pero no recibe beneficios:	<ul style="list-style-type: none"> • SEQY hoja impresa de la página web de la Administración del Seguro Social (http://www.ssa.gov/myaccount/) O • Carta de apoyo (debe incluir las fechas de apoyo provisto, información para contactar al beneficiario, y la forma de apoyo provista, incluyendo pagos en efectivo, alojamiento, etc.
Beneficios por Incapacidad:	<ul style="list-style-type: none"> • TPQY hoja impresa de la página web de la Administración del Seguro Social (http://www.ssa.gov/myaccount/) O • Declaración de beneficios por incapacidad.
Otros:	<ul style="list-style-type: none"> • Carta de apoyo (debe incluir las fechas de apoyo provisto, información para contactar al beneficiario, y la forma de apoyo provisto, incluyendo pagos en efectivo, alojamiento, etc. • Carta de un refugio, misión, trabajador social o carta oficial explicando su situación y la naturaleza de su situación financiera. • Otras formas de verificación de ingresos
Probable Elegibilidad:	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes que no puedan proveer la documentación requerida al momento de servicio/calificación se les otorgara hasta quince(15) días para proveer dicha información. Al firmar este formulario reconozco que la cuenta quedara en un estatus pendiente, y que si la información no es entregada no habré cumplido con los requerimientos para calificar para el Programa de Descuento y seré responsable por el 100% de todos los cargos.