



## SLIDING FEE DISCOUNT PROGRAM APPLICATION

Patient Information: \_\_\_\_\_ MR# \_\_\_\_\_

It is the policy of UCHC to provide essential services regardless of the patient's ability to pay. Discounts are offered based on family size and annual income. Please complete the following information to determine if you or members of your family are eligible for a discount under UCHC's sliding fee discount program.

**Covered Services:** Are those provided at the clinic within UCHC's scope of project (Form 5A) and, included in Nominal Fee is: Examination/Consultation for all services within UCHC's scope of project (Form 5A), In-house laboratory, Other in-house procedures and authorized send out laboratory specimens drawn at the clinic for analysis (see lab formulary) and routine injectables/immunizations (Flu shot, TD, PPD).

**NOTE: Proof of income** is required before a discount is approved. Below are some items that will qualify as proof of income AND you have **30 days** from the date above to provide the proof of income.

- 
- |   |   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>● Two most current pay stubs for all members in the household</li> <li>● Most current year's income tax return if filed jointly and dependents claimed. If not, then each individual tax return.</li> <li>● Social Security Check Stubs</li> <li>● Unemployment Income letter/check, Public Assistance letter or check</li> <li>● Other independent form of evidence.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alimony/Child support (court order, etc.)</li> <li>● Letter from current employer stating annual income</li> <li>● Self-Declaration of Income Form</li> <li>● Rental Income ((lease/rental agreement)</li> <li>● Self Employed: three (3) months of income and expenses or most current year business tax return.</li> </ul> |
|---|---|
- 

**Please list yourself, your spouse, and any dependents regardless of age:**

Name	Relationship	Date of Birth
1)Self:		
2)*Spouse:		
3)*Dependent:		
4)*Dependent:		
5)*Dependent:		
6)*Dependent:		
7)*Dependent:		
8)*Dependent:		
9)*Dependent:		

Total Family Size: \_\_\_\_\_ (include yourself)

**Family/household Size:** \* Dependent: spouses, registered domestic partners, parents, or children (includes biological, adopted, foster, step, legal ward, or child of a registered domestic partner); all such people are considered as members of one family regardless of age living in the household, if they are dependent upon the family for more than 50% of their support. Any other dependent that may not be listed above, but who is claimed on a tax return (tax return required).



**Income Calculation:**

**Income:** ALL sources and forms of revenue/earnings/income (before taxes/gross/total income, e.g. line 22 of Form 1040/line 15 of Form 1040A/adjusted gross income line 4 of 1040EZ and **Line 7 for 2018** redesigned 1040 (adjusted gross income or AGI)) (For Tax Year 2018, **you will no longer use Form 1040A or Form 1040EZ**) earned or received by an individual or family in the household. Examples of income include but are not limited to: self-employment earning (net of business expenses), unemployment, gross employment earnings, tips, child support, alimony, interest, dividend, retirement/pension or social security income, student support income, welfare or other public assistance payments, veterans payments, survivor benefits, pension or retirement income, rental income, royalties, income from estate or trusts, educational assistance, assistance from outside the household, and other miscellaneous source, etc.

Name	Source	Amount	**Frequency
<b>Total Income (add each column):</b>			

**\*\*Frequency: Daily, Weekly, Bi-Weekly (every two weeks), Semi-Monthly (twice a month), Monthly, Other.**

**PLEASE READ THE FOLLOWING STATEMENT CAREFULLY**

I, the undersigned, have completed this application for Sliding Fee eligibility and confirm that this information is true and correct, to the best of my knowledge. I certify that the family size and income information shown above is correct. I further understand that any change in financial status or the number of people in my household must be reported immediately to UCHC and a new application must be completed. I understand that upon request of UCHC there will be a review of my application with the possibility of discount percentage changes. I understand that any falsifications or the failure to report any changes may result in my being made ineligible for the Sliding Fee adjustments made available by the UCHC.

Name (Print) \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

Patient Name: \_\_\_\_\_ Sliding Fee Scale %: \_\_\_\_\_

Approved by (Name/Title): \_\_\_\_\_

Date Approved: \_\_\_\_\_ Date Expired: \_\_\_\_\_

Verification Checklist	Yes	No
Proof of Identity and Address:		
Required-Proof of Income (specify type):		
Existing Insurance (Copy of Insurance Cards and Eligibility Screening)		



**SOLICITUD DE PROGRAMA DE DESCUENTO DE TARIFA DESLIZANTE**

**Información del paciente:** \_\_\_\_\_ **MR#** \_\_\_\_\_

Es política de UCHC proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos basados en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Complete la siguiente información para determinar si usted o los miembros de su familia son elegibles para un descuento bajo el programa de descuento de tarifa variable de UCHC.

**Servicios cubiertos:** Son los que se brindan en la clínica dentro del alcance del proyecto de UCHC (formulario 5a) y, en la tarifa nominal, se incluyen: examen / consulta para todos los servicios dentro de UCHC (formulario 5A). Laboratorio interno, otros procedimientos internos y envío autorizado de muestras de laboratorio extraídas en la clínica para su análisis (consulte el formulario del laboratorio) y distribución de inyectables / inmunizaciones (vacuna contra la gripe, TD, PPD)

**Nota:** Se requiere comprobante de ingresos antes de que se apruebe un descuento. A continuación, se muestran algunos elementos que calificarán como prueba de ingresos Y tiene 30 días a partir de la fecha anterior para proporcionar la prueba de ingresos

- Dos talones de pago más recientes para todos los miembros del hogar
- La mayoría de las declaraciones de impuestos sobre la renta del año actual si se presentan conjuntamente y se reclaman los dependientes. Si no, entonces cada declaración de impuestos individual.
- Talones de cheques de seguridad social • Carta / cheque de ingresos por desempleo,
- carta de asistencia pública o cheque
- Otra forma independiente de evidencia
- Pensión alimenticia / manutención infantil (orden judicial, etc.)
- Carta del empleador actual indicando ingresos anuales • Formulario de autodeclaración de ingresos • Ingresos por alquiler (contrato de arrendamiento / alquiler)
- Trabajador por cuenta propia: tres (3) meses de ingresos y gastos o la mayor parte de la declaración de impuestos comerciales del año en curso

**Enumere a usted mismo, a su cónyuge y a los dependientes independientemente de su edad:**

1)Yo:		
2)*Esposo/a:		
3)Dependiente:		
4)Dependiente:		
5)Dependiente:		
6)Dependiente:		
7)Dependiente:		

**Tamaño total de la familia:** \_\_\_\_\_ (Incluyete a tu mismo)

**Familia / casa del hogar:** Dependiente: cónyuges, parejas de hecho registradas, padres o hijos (incluye biológicos,

adoptados, de crianza, tutela legal de paso o hijo de una pareja de hecho registrada; todas estas personas se consideran miembros de una familia independientemente de su edad que viven en el hogar, si dependen de la familia para más del 50% de su presupuesto. Cualquier otro dependiente que no esté en la lista anterior, pero que se declare en una declaración de impuestos (se requiere declaración de impuestos)

**Cálculo de ingresos:**

**Ingresos:** Todas las fuentes y formas de ingresos / ganancias / ingresos (antes de impuestos / ingreso bruto / total, por ejemplo, línea 22 del formulario 1040 / línea del formulario 1040a / ingreso bruto ajustado línea 4 de 1040ez y línea 7 para 2018 rediseñado 1040 ( ingresos o AGI) (para el año fiscal 2018, ya no usará el formulario 1040a o el formulario 1040ez) ganado o recibido por una persona o familia en el hogar. Entre los ejemplos de ingresos se incluyen, entre otros: ingresos por trabajo por cuenta propia (netos de gastos comerciales), desempleo, ingresos laborales, propinas, manutención infantil, pensión alimenticia, intereses, dividendos, ingresos por jubilación / pensión o seguro social, ingresos por manutención estudiantil, asistencia social u otro pago de asistencia pública, pagos de veteranos. Beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, ingresos por alquiler, regalías, ingresos por sucesiones o fideicomisos, asistencia educativa, asistencia externa al hogar y otras fuentes diversas, etc.

<b>Ingresos totales (agregue cada columna):</b>		

**\*\*Frecuencia: Diaria, Semanal, Quincenal (cada dos semanas), Quincenal (dos veces al mes), Mensual, Otras**

**POR FAVOR LEA ATENTAMENTE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN**

Yo, firmante de abajo, he completado esta solicitud de tarifa variable y confirmo que la información que se muestra arriba es correcta. Además, entiendo que cualquier cambio en el estado financiero o el número de personas en mi hogar debe informarse inmediatamente a UCHC y se debe completar una nueva solicitud. Entiendo que a pedido de UCHC habrá una revisión de mi solicitud con la posibilidad de cambios porcentuales de descuento. Entiendo que cualquier falsificación o no informar cualquier cambio puede resultar en que yo no sea elegible para los ajustes de tarifas móviles disponibles por UCHC.

Nombre (Imprimir) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Solo Para Uso de Oficina**

Nombre de Paciente: \_\_\_\_\_ Escala de Tarifas%: \_\_\_\_\_

Aprobado por (nombre / título): \_\_\_\_\_

Fecha de Aprobación \_\_\_\_\_ Fecha vencida \_\_\_\_\_

--

Prueba de identidad y domicilio:		
Comprobante de ingresos requerido (especifique el tipo):		
Seguro existente (copia de tarjetas de seguro y evaluación de elegibilidad):		