

Sliding Fee Application



Nombre del paciente _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de la seguridad social _____

Direccion ciudad, estado, codigo postal _____

Nombre del conyugue _____ Fecha de nacimiento _____ Numero de la seguridad social _____

Numero de personas en su familia (dependientes)

Para cada miembro del hogar

<u>Nombre</u>	<u>Fecha de nacimiento</u>	<u>Relacion</u>	<u>Ingresos brutos</u>
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Debes de proporcionar lo siguiente

- Prueba de identidad
- Comprobante de ingresos (1040, recibo de sueldo, carta de determinacion de SS, formulario W-2, autocertificacion, tarjeta de WIC, vale de comida
- Factura de servicios publicos (si corresponde)

Firma del p paciente _____ Fecha _____

*Tarifa de \$20 por cada visita medica, \$35 por cada visita dental y \$10 por cada visita de salud conductual
El paciente sera responsable de cualquier saldo restante*

Informacion de elegibilidad para uso de oficina unicamente

Medida del Tama _____ Ingreso anual bruto _____

Percentage of Pymt. Required: A (Nominal Fee) B (\$35) C (\$50) D (\$65) E (\$80) (Discount Unavailable)
Policy Number FM-03-001

Processed by (NHA Staff): _____ Date: _____

Attachment A
Effective April 2022