

Place Patient/Client Label Here

SLIDING FEE SCALE APPLICATION (SPANISH)

Usted puede ser elegible para el Programa de Escala de Descuento. Para aplicar, complete la información y firme abajo. Toda la información para este programa es voluntaria y confidencial.

Indique todos los dependientes que viven en su hogar (inclúyase usted / su pareja, hijos y cualquier familiar dependiente):

Nombre	Relacion	Fecha de nacimiento	Ingresos	Usos Exclusivos del Personal Staff Use Only		Total Monthly Income
				Frequency Paid Check how often patient is paid		
1. Mismo (Self)	Mismo (Self)			<input type="checkbox"/> Weekly x 4.330 <input type="checkbox"/> Biweekly x 2.167	<input type="checkbox"/> 2x month x 2.00 <input type="checkbox"/> Monthly x 1.0 <input type="checkbox"/> Annually x 0.08333	
2.				<input type="checkbox"/> Weekly x 4.330 <input type="checkbox"/> Biweekly x 2.167	<input type="checkbox"/> 2x month x 2.00 <input type="checkbox"/> Monthly x 1.0 <input type="checkbox"/> Annually x 0.08333	
3.				<input type="checkbox"/> Weekly x 4.330 <input type="checkbox"/> Biweekly x 2.167	<input type="checkbox"/> 2x month x 2.00 <input type="checkbox"/> Monthly x 1.0 <input type="checkbox"/> Annually x 0.08333	
4.				<input type="checkbox"/> Weekly x 4.330 <input type="checkbox"/> Biweekly x 2.167	<input type="checkbox"/> 2x month x 2.00 <input type="checkbox"/> Monthly x 1.0 <input type="checkbox"/> Annually x 0.08333	
5.				<input type="checkbox"/> Weekly x 4.330 <input type="checkbox"/> Biweekly x 2.167	<input type="checkbox"/> 2x month x 2.00 <input type="checkbox"/> Monthly x 1.0 <input type="checkbox"/> Annually x 0.08333	
Total Gross Monthly Income for Household						
Total Household Size						

Importante: ADJUNTE LA PRUEBA DE INGRESO A ESTE FORMULARIO

Entiendo que dar información falsa puede causar que no califique para el descuento. También entiendo que se me cobrara la tarifa completa y no seré elegible para la tarjeta de descuento. Sé que si aplico para el descuento no significa que obtendré un descuento. También sé que si no aviso a la clínica CCOLE de cambios en mi salario o cambios de la cantidad de personas que viven en mi casa, la clínica me podrá quitar el descuento inmediatamente.

Al firmar esta forma, entiendo que los ingresos autodeclarados son válidos por 30 días a partir de la fecha de la firma que aparece a continuación (una vez por año) a menos que proporcione prueba de ingresos, usted sera responsable del costo total de los servicios proporcionados después de esa fecha.** Este documento es válido por 1 año a partir de la firma.

Firma del solicitante/guardian

Fecha

**** Si el paciente no puede proporcionar prueba de ingresos, consulte Declaración Jurada de Ingresos en la página siguiente.**

Usos Exclusivos del Personal/STAFF USE ONLY – Scan completed application into patient’s chart

Staff Name: _____

Application Date: ___/___/___ Expiration Date: ___/___/___

Patient qualifies for SFS discount (circle): Yes No If “Yes” qualifies for SFS category (circle): A B C D E F