

PRESUMPTIVE SLIDING FEE SCALE DISCOUNT PROGRAM REGISTRATION

Applicant Information/Informacion del solicitante								
Name/ Nombre (Apellido, Primer nombre)			Phone/ Numero de Telefono:			County/Condado		
Address/Direccion:			City/Ciudad:		State/Estado		Zip/Codigo postal	
Household Information/ Information de la unidad familiar								
Name (Last,First,Middle) Nombre(Apellido,primer Nombre)	SSN(optional) Num.de Seguro Social(optional)	Date of BIRTH Fecha de nacimiento	Age Edad	Sex Sexo	Race Raza	What Relation to you? Parentesco con usted	US Citizen? Ciudadano estadounidense	
1.						Self/Yo mismo	YES	NO
2.						Spouse/esposo(a)	YES	NO
3.						Son/daughter Hijo/hija	YES	NO
4.						Son/daughter hijo(a)	YES	NO
5.						Son/daughter Hijo/hija	YES	NO
6.						Son/daughter Hijo/hija	YES	NO

Does any member of family member have private insurance? Algún Miembro familiar tiene aseguranza privada? YES/SI NO
 Does any child under 18 receive Medicaid or CHIP? Algún niño menor de 18 años recibe medicaid o CHIP? YES/SI NO

List all of your household's income below[such as; wages and tips (gross), public assistance, social security and disability (gross), unemployment, savings account(s), checking account(s), income from annuities, investments, dividends, child support, and other source of income]. Escriba todos los recursos monetarios que recibe antes de impuestos (sueldo, propinas, asistencia publica, beneficios del seguro social, discapacidad, desempleo, cuenta de cheques, ahorros, ingresos de anualidades, inversiones de fondos y otros recursos monetarios)

Name of person receiving money (Nombre de la persona que recibe el dinero)	Name of agency, person, or employer who provides the money Nombre del patrón o la agencia que paga el dinero	Amount received Cantidad Recibida	How often received?(daily, weekly, every two weeks, twice a month, monthly?) Con que frecuencia lo recibe?(diariamente, por semana, cada quincena, una vez al mes?)
		\$	

Due to my need of immediate medical care, I was not able to complete the eligibility determination process for the clinical category sliding scale program for the whole year. I understand that I must return with the required documentation/verification within 90 days of today's date.

A causa de mi necesidad de recibir atencion medica inmediata, no pude completar el proceso de determinacion del programa. Entiendo que, en los 90 días siguientes a la prestacion de los servicios que reciba hoy, regresare con la documentacion o la verificacion solicitada para completar el proceso de determinacion del derecho a participar en el programa.

Patient signature/firma del paciente

_____/_____/_____
Date/ Fecha de hoy