

Patient Name \_\_\_\_\_

Patient DOB \_\_\_\_\_

MRN# \_\_\_\_\_

## TTUHSC-SON

Larry Combest Community Health and Wellness Center  
Abilene Community Health Center  
Combest Central Community Health Center

# Sliding Fee Application Form

**To be completed by Applicant/Responsible Party**

Name of Applicant/Responsible Party: \_\_\_\_\_  
(Please Circle below)

Are you employed? YES NO  
If Yes: Part-time Full-time

Please list partner/spouse and dependants living in the household:		
Names	Ages	Relationship to you

Name of Employer: \_\_\_\_\_

Job Title/Trade \_\_\_\_\_

Employer Phone: \_\_\_\_\_

Please check those that you and other members of your household receive as income

- Social Security/Disability                     
  Wages   
  Public Assistance Programs  
 Unemployment   
  Medical Assistance from Department of Social Services

With my initials, \_\_\_\_\_ I attest that the information provided herein is complete and accurate.

I understand that I am required to provide income verification and documentation to determine my eligibility for participation in the Sliding Fee Discount Program.

FOR OFFICE USE ONLY:			
<p><i>If Any Member in Household is Employed:</i></p> <p><b>Pay Frequency</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Daily      <input type="checkbox"/> Weekly  <input type="checkbox"/> BiWeekly      <input type="checkbox"/> Monthly                 </p> <p><b>Application</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Completed  <input type="checkbox"/> Incomplete-Reason _____                 </p>	<p style="text-align: center;"><b>Documentation Provided/Income Verification:</b></p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Employed:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Tax Form  <input type="checkbox"/> W2  <input type="checkbox"/> Two (2) recent check stubs  <input type="checkbox"/> Written Statement from employer                             </p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p><b>Unemployed:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Public Assistance Documentation  <input type="checkbox"/> TTUHSC-SON Unemployment Form  <input type="checkbox"/> SS check stub/letter of award  <input type="checkbox"/> Letter of reference from a 501( c)(3),ie; church  <input type="checkbox"/> Medical Asst. of Dept. of Social Services Certification Letter                             </p> </td> </tr> </table> <p>Gross Annual Household Income: \$ _____      Family Size: _____      Sliding Fee Percentage: _____</p> <p>Eligibility Start Date: _____      Eligibility End Date: _____</p>	<p><b>Employed:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Tax Form  <input type="checkbox"/> W2  <input type="checkbox"/> Two (2) recent check stubs  <input type="checkbox"/> Written Statement from employer                             </p>	<p><b>Unemployed:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Public Assistance Documentation  <input type="checkbox"/> TTUHSC-SON Unemployment Form  <input type="checkbox"/> SS check stub/letter of award  <input type="checkbox"/> Letter of reference from a 501( c)(3),ie; church  <input type="checkbox"/> Medical Asst. of Dept. of Social Services Certification Letter                             </p>
<p><b>Employed:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Tax Form  <input type="checkbox"/> W2  <input type="checkbox"/> Two (2) recent check stubs  <input type="checkbox"/> Written Statement from employer                             </p>	<p><b>Unemployed:</b></p> <p> <input type="checkbox"/> Public Assistance Documentation  <input type="checkbox"/> TTUHSC-SON Unemployment Form  <input type="checkbox"/> SS check stub/letter of award  <input type="checkbox"/> Letter of reference from a 501( c)(3),ie; church  <input type="checkbox"/> Medical Asst. of Dept. of Social Services Certification Letter                             </p>		

The TTUHSC-SON staff has explained to me my financial responsibility. My eligibility and discount percentage at TTUHSC-SON is based on the HHS Federal Poverty Guidelines. If I have not provided verification of income at this time, I have 5 business days to provide documentation to review my eligibility, which reflects the start date on this application; and I will be classified as Private Pay until my income verification is presented and my eligibility can be determined. If I qualify for the Sliding Fee discount, my eligibility dates have been disclosed to me; therefore, at the end date I will need to reapply and present my documentation again. I agree to inform TTUHSC-SON of any financial changes that may impact my eligibility.

TTUHSC-SON collects and processes certain labs which are discounted for qualified sliding fee scale applicants. Other labs will be collected by TTUHSC-SON and sent to a contracted lab. These lab charges are already discounted and will not be discounted any further. Lab fees will be paid in full by me and I may be asked to pay before lab specimens are drawn. I also understand that payments are expected at the time of the visit.

\_\_\_\_\_  
Signature of Applicant/Responsible Party

\_\_\_\_\_  
Staff Initials

\_\_\_\_\_  
Date

Nombre del paciente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

MRN# \_\_\_\_\_

**TTUHSC-SON**

Larry Combest Community Health and Wellness Center  
Abilene Community Health Center  
Combest Central Community Health Center

**Aplicación de cuota deslizando****Debe ser completado por el solicitante/responsable**

Nombre de Solicitante : \_\_\_\_\_

(Respuesta de círculo)

¿Empleo?

Sí

NO

**Por favor lista la pareja/cónyuge y familiares viven en el hogar**

Si está empleado:

Parcial

Completo

**Nombres****Edades****La Relación con usted**

Empleador:

Título del trabajo:

Número de Teléfono del trabajo:

**Compruebe por favor las que usted y otros miembros de su familia reciben como ingreso** Seguridad social/discapacidad Salarios/ingresos Programas de asistencia pública Desempleo Asistencia Médica del Departamento de Servicios Sociales

Con mis iniciales \_\_\_\_\_ atestigo que la información proporcionada en este documento es completa y exacta. Entiendo que se requiere verificación de ingresos y documentación para determinar mi elegibilidad para participar en el programa de descuento deslizando honorario.

**Para Uso de Oficina Solamente:**

*Si cualquier miembro en el hogar estas empleado:*

**Frecuencia de pago:**

Diario       Semanal  
 Quincenal       Mensual

**Aplicación**

Completo  
 Incompleta-Razón \_\_\_\_\_

**Documentación Proporcionada:****Empleado:**

Formulario de Impuestos  
 W2  
 Dos (2) talones de cheque recientes  
 Declaración escrita de empleador

**Desempleado:**

Documentación de Asistencia de Pública  
 TTUHSC-SON Forma de Ingresos cero  
 Talón de Cheque de La Seguridad Social/Carta del Premio  
 Carta de referencia de 501( c)(3), ie; la iglesia  
 Carta de la certificación de Asistencia Médica del Departamento de Servicios Sociales

Ingreso Anuales de Hogar:

\$ \_\_\_\_\_

Tamaño de la Familia:

Tarifa Deslizando Porcentaje:

Fecha de Inicio de Elegibilidad:

Fecha de Final de Elegibilidad:

El personal TTUHSC-SON me ha explicado mi responsabilidad financiera. Mi elegibilidad y mi porcentaje de descuento en TTUHSC-SON se basa en las pautas de la pobreza de la Federal del HHS. Si no he proporcionado verificación de ingresos en este momento, tengo 5 días hábiles para presentar la documentación para revisar mi elegibilidad, que refleja la fecha de inicio en esta solicitud; y será clasificado como privado paga hasta mi verificación de ingresos se presenta y se puede determinar mi elegibilidad. Si califico para el descuento de cuota deslizando, mis fechas de elegibilidad han sido reveladas por lo tanto, en la fecha final será necesario volver a presentar nuevamente mi documentación. Estoy de acuerdo en informar a TTUHSC-SON de los cambios financieros que pueden afectar mi elegibilidad. TTUHSC-SON recopila y procesa laboratorios específicos que se descuentan para deslizamiento tarifa escala los aplicantes que califiquen. Otros laboratorios serán recogidos por TTUHSC-SON y enviados a laboratorio contratado. Estos cargos de laboratorio ya están descontados y no se descontará más. Cuotas de laboratorios se pagará en total por mí y puedo pedí a pagar antes de que se extraen muestras de laboratorio. También entiendo que los pagos se espera que en el momento de la visita.

Firma del solicitante/Parte responsable

Staff Initials

Fecha